

V05

30. DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL MIXTO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL LACTANTE

González López MT, Gil Jaurena JM, Castillo Martín R, Rubio Lobato L, Sarria García E, Gutiérrez de Loma J
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Fundamentos: el drenaje venoso pulmonar anómalo total supone un 1% de las cardiopatías congénitas, siendo el tipo IV (mixto) el más infrecuente (10% del total). Presenta una mortalidad del 80% en el primer año de vida, por lo que es fundamental una corrección quirúrgica precoz.

Caso clínico: varón de 8 meses, 7 kg, con cuadro de cianosis progresiva, en el cual se diagnostica un drenaje venoso pulmonar anómalo total mixto (supradiafragmático e intracardíaco), sin detectarse obstrucción extrínseca de vena vertical. Ante los hallazgos, se realiza cirugía, confirmando la presencia de una vena vertical izquierda drenando en innominada. Tras canulación aórtica y bicava y atriotomía derecha, se visualiza comunicación interauricular (CIA) tipo *ostium secundum* y seno coronario dilatado donde drenan tres venas pulmonares, drenando la vena pulmonar superior izquierda (VPSI) hacia

innominada. Se procede a la apertura del techo de seno coronario, comunicándolo ampliamente con aurícula izquierda, para posteriormente desinsertar la VPSI y anastomosarla a la orejuela izquierda. Por último, se realiza septación de ambas aurículas con pericardio autólogo. El tiempo de circulación extracorpórea (CEC) fue de 98 min (clampaje 50 min). En ecocardiografía intraoperatoria se demuestra buena contractilidad y drenaje del colector y VPSI. En el seguimiento (a 2 años), no se han detectado estenosis de venas pulmonares.

Conclusiones: aunque el drenaje venoso anómalo total mixto es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico clínico cuando la cianosis no es evidente de manera inicial, nuestro caso demuestra que una intervención durante el primer año de vida es la estrategia idónea y eficaz para reconducir el drenaje venoso de forma definitiva.

V06

65. EMBOLIZACIÓN DE FUGA PERIPROTÉSICA MITRAL POR ABORDAJE TRANSAPICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO MEDIO

Martín E, Hornero F, Berenguer A, Pomar F, Gil O, Cánovas S, García R, Morell S, Martínez-León J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: la aplicación multidisciplinaria de técnicas de intervencionismo y cirugía cardíaca permite nuevas posibilidades de tratamiento ajustadas a diferentes escenarios clínicos. Exponemos nuestra experiencia inicial de embolización de fuga periprotésica mitral posterior por abordaje transapical.

Material y métodos: mujer, 77 años, diabética, hipertensa, caquética, hipotiroidea, intervenida de sustitución valvular mitral (SVM) por enfermedad reumática (1977). Reintervenida por endocarditis protésica por *S. epidermidis* (septiembre de 2011) con nueva SVM. Dehiscencia posterior con fuga perivalvular grave causándole edema agudo de pulmón (noviembre de 2011). Ante inestabilidad clínica + fragilidad + EuroSCORE logístico superior a 50%, se decide embolización transapical mediante dispositivo/s Amplatzer®. Abordaje por toracotomía izquierda (5 cm) sobre ápex localizado por ecocardiografía transtorácica. Exposición de ápex, dos bolsas de tabaco concéntricas en torno a introductor (8 Fr). Procedimiento guiado por ecocardiografía transesofágica 3D y radioscopia. Cadena de seguridad con cobertura de asistencia circulatoria. Loop intracardíaco por paso de guía por dehiscencia periprotésica y enclavamiento en vena pulmonar superior derecha. Liberación

de dos dispositivos consecutivos hasta el cierre completo del defecto perivalvular, sin regurgitación residual (Fig. 1).

Resultados: estancia unidad de cuidados intensivos: 4 días; sala de hospitalización: 5 días. Alta clínicamente compensada, *New York Heart Association* (NYHA) I y con normofunción protésica mitral.

Conclusiones: a pesar de tratarse de una experiencia inicial en nuestro medio, la embolización de fugas perivalvulares constituye una alternativa multidisciplinaria, segura y que permite el tratamiento de pacientes con alto riesgo/fragilidad para el abordaje quirúrgico convencional.

Figura 1. Imagen de radioscopia del procedimiento durante la fase de liberación del segundo dispositivo Amplatzer®. Flechas: cada uno de los dispositivos colocados cerrando la dehiscencia periprotésica mitral posterior.