

P47

287. DISECCIÓN AÓRTICA EN NIÑO DE 12 AÑOS

Serrano Martínez F, Castelló Ginestar A, Fernández Tudela B, Valera Martínez F, Montero Argudo JA, Carrasco Moreno JI, Aroca Peinado A

Hospital La Fe, Valencia

Introducción y objetivos: la disección de aorta es muy rara en niños. Ocurre en aquellos con cardiopatía congénita (coartación o válvula aórtica bicúspide), colagenopatías o traumatismos graves. El diagnóstico y tratamiento precoz es crucial para su supervivencia.

Material y métodos: varón de 12 años con dolor torácico de 3 días de evolución. Se practican electrocardiograma (ECG), radiografía (Rx) tórax y analítica que orientan hacia pericarditis aguda.

Al no mejorar se remite a nuestro centro practicándosele ecocardiograma y resonancia magnética (RM) que objetivan raíz aórtica gravemente dilatada (57 mm con anillo 28 mm), y disección de aorta ascendente hasta 1 cm proximal al TABCD.

Intervención quirúrgica bajo circulación extracorpórea (CEC) canulando cayado aórtico distal con pinzado entre primer y segundo vaso, con perfusión cerebral a través de

carótida y subclavia izquierdas. Sustitución de aorta ascendente mediante prótesis tubular de dacrón número 26 y de raíz aórtica mediante técnica de inclusión valvular en conducto del número 32, con reimplante coronario (David variante Stanford).

Resultado: postoperatorio sin incidencias con insuficiencia aórtica (IAo) ligera al alta.

Conclusiones: la disección aórtica es muy rara en niños. La mortalidad sin tratamiento se incrementa en 1-2%/h durante las primeras 48 h, siendo importante un alto índice de sospecha diagnóstica.

Si bien el *gold standard* para el tratamiento de la anulocostasia es el reemplazo de raíz con conducto valvulado, existen estudios aleatorizados con resultados similares a medio plazo para las técnicas de inclusión. Considerando que la anticoagulación oral permanente era su principal amenaza vital, se optó por la técnica de David.

P48

132. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TRAS INFECCIÓN DE DISPOSITIVO ENDOVASCULAR EN AORTA ASCENDENTE. CASO CLÍNICO

Valencia Núñez D, Otero Forero J, Maiorano Iuliano P, Sauchelli Faas G, Pernia Oreña I, Merino Cejas C, Casares Mediavilla J, Moya González J, Román Ortiz M, García Jiménez MA

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Objetivos: revisión de caso clínico.

Material y métodos: paciente de 27 años diagnosticada en la infancia de síndrome de Williams-Beuren familiar (madre y 2 hermanas) con estenosis supraaórtica grave; se realiza angioplastia y colocación de *stents* no recubiertos en la estenosis a los 7 años con implantación de 4 dispositivos más a los 12 años. Ingresa por fiebre de origen desconocido, astenia y anorexia; durante su estudio presenta episodio de fibrilación ventricular y posterior tormenta arritmogénica. Es trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI), observándose signos ecocardiográficos que sugieren infección de *stents* aórticos, disfunción y obstrucción grave de salida de tracto de ventrículo izquierdo, con gradiente de 170 mmHg. Se interviene, hallando aorta ascendente con importante estenosis en la zona de la implantación de *stents* y gran hiperplasia intimal, siendo

la extensión de *stents* entre *ostium* coronarios y troncos supraaórticos; se amplía raíz aórtica, reseca dispositivos e implantándose tubo supracoronario de 20 mm, con importantes dificultades técnicas, por la gran calcificación de los tejidos. Salida de bomba con muchas dificultades. Se realiza ecocardiograma transesofágico, evidenciándose disfunción biventricular muy grave y ausencia de gradiente transaórtico, implantándose oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial, cursando en postoperatorio inmediato con trastorno global de coagulación y fracaso multiorgánico, falleciendo 24 h después.

Conclusiones: la estenosis supraaórtica congénita es una enfermedad compleja e infrecuente, y el tratamiento de elección es la cirugía precoz. El implante de material endoprotésico puede ocasionar gran complejidad técnica para su posterior resolución quirúrgica.