

RESECCIÓN ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE, ARCO Y TORÁCICA

DESCENDENTE GIGANTE

E. CASTILLO, A. DOMENECH, J.A. BAHAMONDE, F. HORNERO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

XXV CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y ENDOVASCULAR

Santander 17-20 junio 2020



INTRODUCCIÓN

La patología aneurismática es la segunda enfermedad más frecuente de la aorta luego de la aterosclerosis. Dentro de los aneurismas de aorta su porción más frecuentemente afectada es la abdominal con predominio del sector infrarenal. Si bien la distribución de otras regiones no está totalmente aclarada en cuanto a su frecuencia, se estima segunda en afectación la aorta ascendente, descendente y en último lugar el arco aórtico. La afectación global de la aorta torácica es poco frecuente, aunque si existe asociación entre AAA AAT y de otras localizaciones ya sea sincrónico o metacrónico. Presentamos el caso de un paciente de 52 años con un aneurisma de aorta torácica ascendente, arco y descendente, sin afectación de aorta abdominal y su resolución quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 52 años con antecedentes de hipertensión arterial y ex-fumador. Consulta en urgencias por dolor torácico inespecífico e intermitente que se resuelve en forma espontánea. En su primera evaluación se evidencia hipertenso, con ECG en RS con ondas T negativas en cara lateral, y radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico por lo que se realiza angioTC que evidencia aneurisma de aorta torácica con predominio en aorta ascendente asociado a hematoma periaórtico. Se traslada e ingresa en UCI de nuestro centro para manejo tensional y completar estudio preoperatorio.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

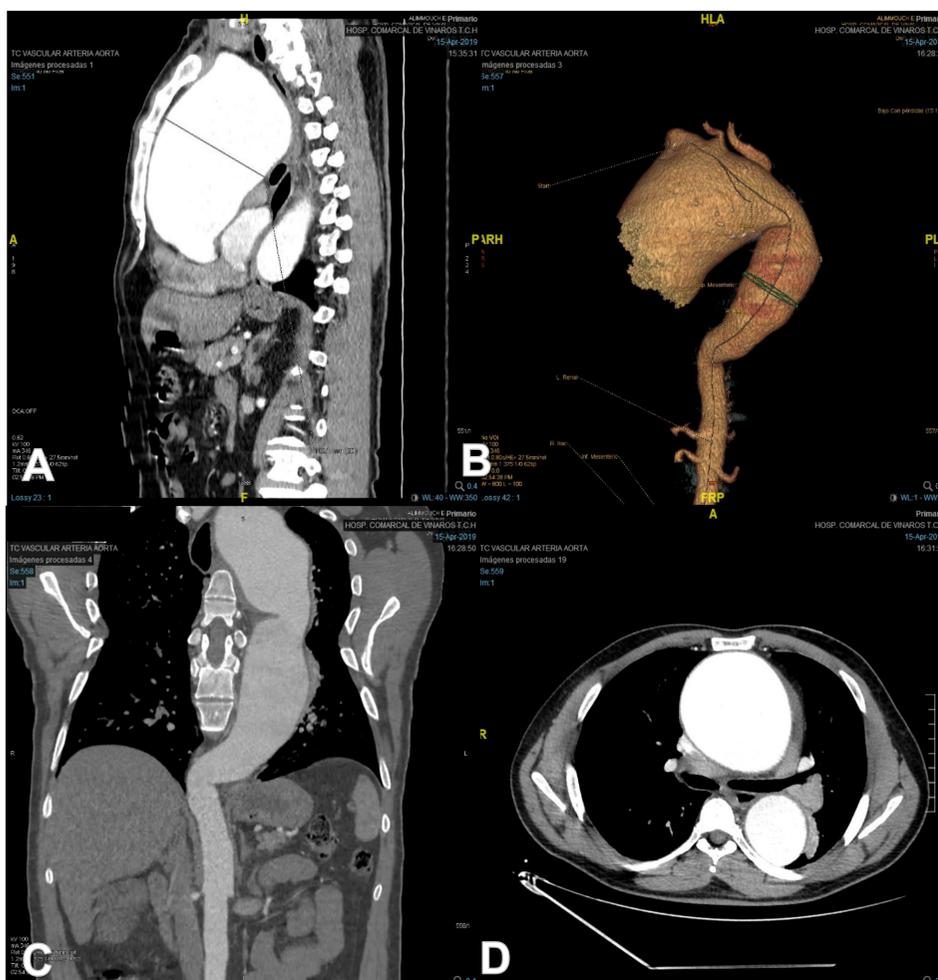
Se realiza anestesia y monitorización habituales con el paciente en decúbito supino. Se realiza canulación arterial mediante arteria axilar derecha para perfusión anterógrada cerebral.

Se accede al tórax mediante esternotomía media ampliada mediante toracotomía anterolateral izquierda en T para mejor acceso a hemitórax derecho debido al desplazamiento de estructuras provocado por el aneurisma y acceder a la aorta descendente proximal.

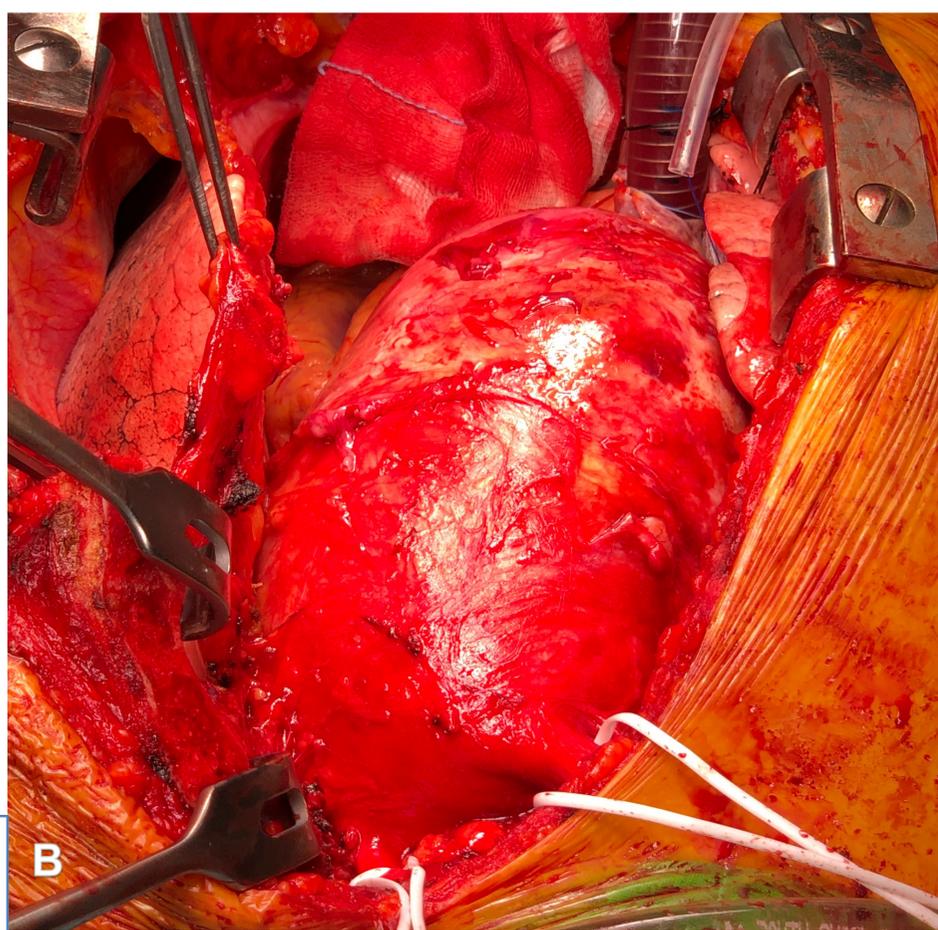
Se realiza canulación venosa clásica cavoatrial y se inicia la disección y control de los troncos supraaórticos.

Bajo CEC, mediante perfusión cerebral anterógrada unilateral y parada circulatoria periférica, se realiza resección del aneurisma, con paso de cardioplejía por ostiums coronarios para posteriormente realizar cuff y anastomosis distal del injerto de aorta torácica con ramas.

Se reinicia perfusión periférica a través del injerto y se realizan las anastomosis de distal a proximal de arteria subclavia izquierda, carótida izquierda. Se completa con anastomosis proximal de injerto a aorta supracoronaria (válvula aórtica normofuncionante trivalva) y tronco braquiocefálico.



A) Diámetro transversal aorta torácica ascendente 102mm. B) Reconstrucción 3D aorta toracoabdominal. C) Vista sagital aorta torácica descendente y abdominal y relaciones anatómicas. D) Diámetro transversal aorta torácica ascendente y descendente.



A) Comparativa tamaño aneurisma con mano del cirujano. B) Exposición mediante esternotomía media + toracotomía anterolateral en T. C) 1 injerto. 2 rama perfusión arterial. 3 anastomosis carótida izquierda. 4 anastomosis tronco braquiocefálico. 5 anastomosis proximal.

