



## ISQUEMIA DE EXTREMIDADES TRAS DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA: QUÉ HEMOS APRENDIDO.

Irene Hidalgo Torrico, Delfina Fletcher Sanfeliu, Fernando Enriquez Palma, Rubén Tarrío Fernández, Laura Vidal Bonet, Guillermo Ventosa-Fernández, Laura Varela Barca, Ramón Lluís Barril Baixeras, José Ignacio Sáez de Ibarra Sánchez.  
**Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.**

**INTRODUCCIÓN:** La disección aórtica aguda (DAA) tipo A se acompaña de malperfusión de extremidades en un 15-40%, asociando mayor mortalidad. La mayoría se resuelven tras reparación del defecto de aorta ascendente (AA), pero hasta un 21'6% requieren revascularización posterior de la extremidad por isquemia residual.

**OBJETIVOS:** Análisis de casos intervenidos de DAA con isquemia de miembros inferiores (MMII) y propuesta de mejoría.

### MATERIAL Y MÉTODO:

-Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Hospital Son Espases de Palma de Mallorca por DAA que asociaban malperfusión de MMII entre junio/2004 y junio/2019

-Tras este estudio se describe una propuesta de técnica de revascularización temporal intraoperatoria.

**RESULTADOS:** Se intervinieron 134 pacientes de DAA, de los cuales 27 (20,1%) asociaron isquemia de MMII (**Tabla 1**). 2 de ellos presentaban también isquemia a otros niveles: 1 paciente isquemia cerebral y 1 isquemia intestinal. La descripción de la técnica quirúrgica se muestra en la **Tabla 2**. 9 pacientes (33,33%) requirieron intervención quirúrgica vascular posterior a la cirugía de AA realizándose 1 amputación, 7 bypass (1 axilobifemoral, 6 femoro-femoral) y 1 embolectomía + plastia de femoral común. 16 pacientes (59,25%) presentaron fracaso renal postoperatorio, y 4 de ellos (14,81%) precisaron terapia de depuración renal temporal.

**Tabla 1. Características de los pacientes (N=27)**

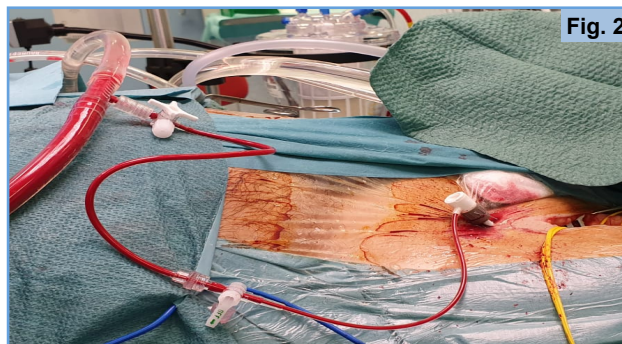
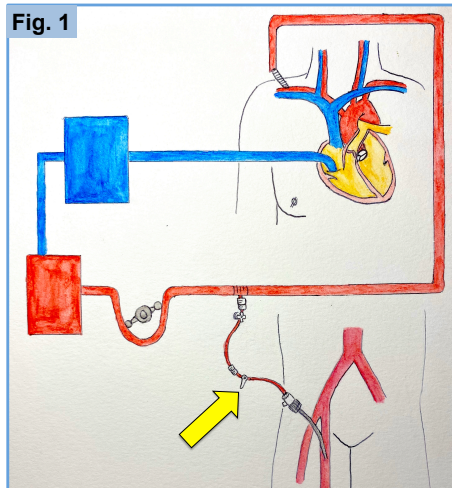
Hombres	23
Mujeres	4
Grado de Isquemia aguda de MMII (Class. Rutherford)	Grado I = 6 Grado IIa = 6 Grado IIb = 9 Grado III = 6
EuroScore Log	24,5%
EuroScore II	8,74%

**Tabla 2. Descripción técnica quirúrgica**

Canulación arterial	Axilar = 20 Femoral = 6 Aórtica = 1
Parada circulatoria (PC)	13 (12 perfusión cerebral anterógrada, 1 retrógrada)
Tiempo medio de PC	28,46 min (rango 2-56 min)
Cirugía de AA	Sustitución AA = 14 Sustitución AA + Hemiarco = 5 Sustitución AA + Arco parcial = 1 Sustitución AA + Arco completo = 2 Bentall-Bono = 4 David = 1

La estancia media hospitalaria fue 23'11 días. 5 pacientes (18,51%) fueron éxitos durante el ingreso: 2 de ellos de causa vascular directa por isquemia de MMII irreversible, 1 paciente por isquemia cerebral, 1 por isquemia intestinal masiva, y 1 por shock hemorrágico intraoperatorio. Cabe destacar que todos los éxitos presentaron isquemia de MMII grado III a su ingreso. La supervivencia a 192 meses fue del 59'1%, destacando 3 éxitos (1 de ellos por re-disección a nivel del arco), siendo 5 pacientes pérdidas en el seguimiento.

Tras este estudio se decidió emplear en un paciente una cánula de perfusión temporal en MI derecho conectada a la bomba de circulación extracorpórea (CEC) durante la cirugía de AA (**Fig. 1 y 2**), con el propósito de acortar el tiempo de isquemia de la extremidad. Tras la desinstalación de la CEC, el paciente recuperó pulsos y no requirió cirugía de revascularización ni presentó complicaciones vasculares posteriores



**Fig. 1 y 2:** Circuito de perfusión arterial intraquirúrgica propuesto: inductor de 10 French conectado desde circuito arterial de la CEC (flecha amarilla) hacia la arteria femoral superficial de la extremidad afectada durante la cirugía de AA.

**CONCLUSIONES:** La isquemia de MMII asociada a DAA es una entidad grave que precisa diagnóstico precoz y tratamiento urgente, dado que asocia mayor mortalidad. La propuesta de un método de reperfusión temporal durante la cirugía de AA puede acortar el tiempo de isquemia de MMII hasta conseguir reinstaurar el flujo por la verdadera luz, reduciendo el riesgo de complicaciones así como la mortalidad.