



Re-esternotomía de riesgo por Aneurisma Gigante y Disección crónica en paciente con Síndrome de Marfan

María Ascaso, MD¹; Alejandro Fernández-Cisneros, MD¹; Clemente Barriuso, MD PhD¹; Daniel Pereda, MD PhD¹

¹ Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona, España

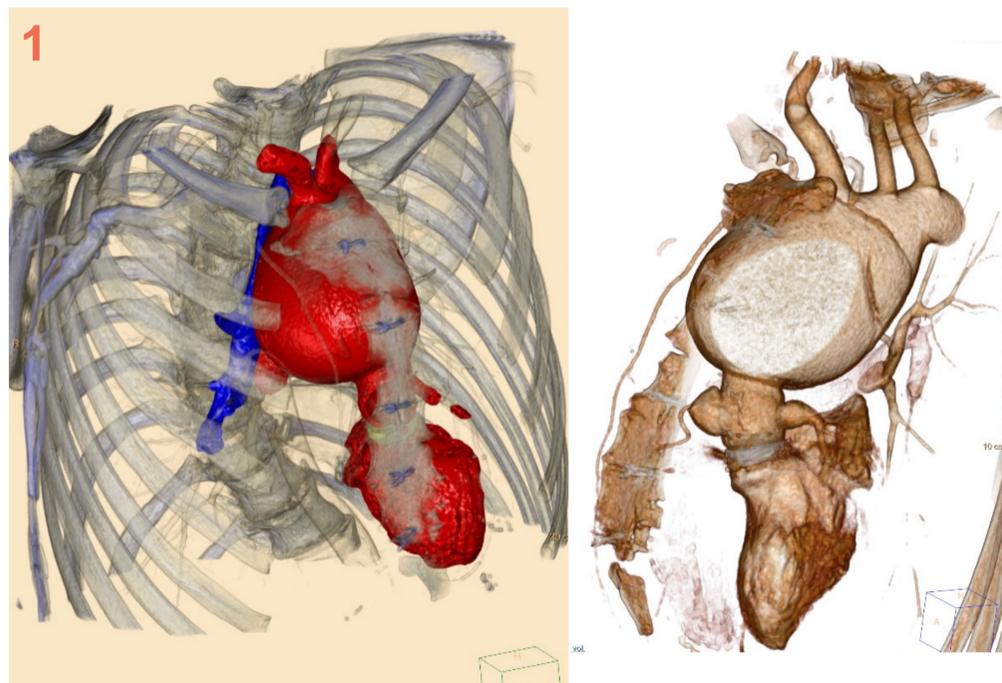
INTRODUCCIÓN

Varón de 16 años con síndrome de Marfan intervenido previamente de Bentall mecánico en otro centro a la edad de 8. Presenta actualmente un gran aneurisma (86x89mm) y disección crónica en aorta ascendente y arco proximal, iniciada desde el Dacron previo; precisando reintervención para recambio de aorta ascendente y arco.

El scanner de control además muestra:

- Adherencia de la pared anterior del aneurisma a la tabla esternal interna (1)
- Compresión grave extrínseca de la tráquea por el aneurisma (2mm de diámetro anteroposterior)
- Aneurisma de los dos botones coronarios

Exponemos nuestra estrategia quirúrgica para minimizar las potenciales y graves complicaciones cardíacas y neurológicas derivadas de una re-esternotomía de alto riesgo.



1. Inducción anestésica. Tras la inducción, dificultad para la ventilación y oxigenación que obliga a intubación guiada con fibrobroncoscopio mostrando una compresión extrínseca a nivel proximal a la carina que ocluye la luz traqueal en su totalidad (2).

2. Estrategia de Canulación. Canulación femoral emergente con inicio de circulación extracorpórea y enfriamiento progresivo, que resuelve el problema respiratorio de manera temporal.

3. Descompresión Ventricular Izquierda. Durante el enfriamiento, el corazón presentó fibrilación ventricular. Para evitar la distensión del ventrículo izquierdo se colocó una cánula de vent a través del ápex, mediante una incisión de 3 cm a nivel del 5º espacio intercostal (3).

4. Re-esternotomía y Parada Circulatoria. Alcanzados los 18°C, se procedió con la re-esternotomía que provocó la rotura del aneurisma (4). Bajo parada circulatoria se procedió a disecar todas las estructuras mediastínicas necesarias para completar el procedimiento y a iniciar perfusión cerebral anterógrada unilateral a través del troncobraquiocefálico (TBC).

5. Sustitución Aorta. Se procedió a recambio de aorta ascendente y arco en zona 2 con una prótesis Hemashield 26mm, con reimplante del TBC y carótida izquierda con una prótesis bifurcada 12-8mm. Tiempo de parada circulatoria y de pinzamiento aórtico: 35 y 77min

6. Aortopexia. Posteriormente realizamos una aortopexia de la pared posterior del aneurisma para descomprimir la vía aérea (5), con aumento significativo de la luz traqueal confirmada mediante broncoscopia (2).

