



TRATAMIENTO HÍBRIDO EN CIRUGÍA CARDÍACA COMBINADA

Autores: Cristina Jaén Garrido, María Ángeles Martín Domínguez, Eloy Rueda Gomáriz, Federico Altamirano Medel, Tomás Daroca Martínez.
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Varón intervenido en el mismo acto quirúrgico de revascularización miocárdica quirúrgica y sustitución valvular aórtica transcáteter.

Objetivos: Tener presente la posibilidad de procedimiento híbridos sin CEC en los casos en el que el paciente no pueda tolerar una cirugía cardíaca combinada convencional.

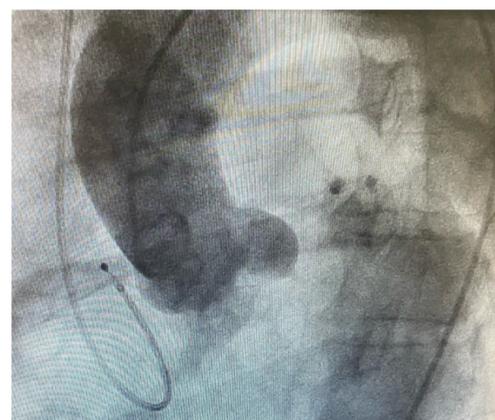
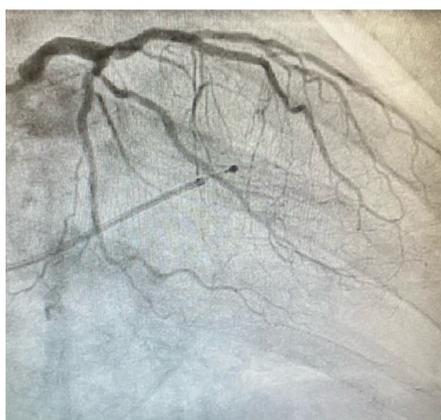
Material y Método: Varón de 71 años, que ingresa en la unidad de cuidados intensivos por EAP y BAV completo con necesidad de implante de marcapasos transitorio de forma urgente. En las primeras 24 horas el paciente sufre cuadro clínico típico de taponamiento cardíaco, que se confirma mediante ETE. El paciente es sometido a esternotomía media, objetivándose múltiples coágulos y líquido hemático libre e identificando perforación del electrodo del marcapasos transitorio. Se procede a la reparación del defecto en ventrículo derecho mediante punto directo apoyado en tejido pericárdico.

Posteriormente, el paciente presentó un cuadro de shock cardiogénico por fallo ventricular derecho, necesidad de ventilación mecánica invasiva, además de sepsis de origen desconocido, insuficiencia renal con necesidad de hemofiltración y fallo hepático.

Se realizan ETT siendo diagnosticado de estenosis aórtica severa, además ante la clínica de ángor en meses previos se realiza cateterismo cardiaco mostrando una lesión distal del 70% en TCI y lesión múltiples severas en tercio medio y distal en arteria coronaria derecha con escaso desarrollo de lechos distales.

Ante la grave situación hemodinámica del paciente y la ausencia de mejoría, con diagnóstico de estenosis aórtica severa y lesión de TCI, se optó por realizar un procedimiento quirúrgico híbrido menos invasivo.

Resultado: Mediante re-estenotomía media se llevó a cabo disección de arteria mamaria interna izquierda (AMII) realizando bypass AMII-DA sin CEC, comprobándose buen flujo del mismo. A continuación, en el mismo acto quirúrgico, aprovechando la accesibilidad de la aorta ascendente se implanta TAVI transaórtico, bajo control radioscópico y ecocardiográfico.



Conclusiones: Los pacientes con un alto riesgo quirúrgico para cirugía cardíaca combinada convencional ha de plantearse la opción de procedimientos alternativos, que sean menos invasivos y que se adapten a las necesidades de cada paciente.