

TEMAS DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE A 12 AÑOS DE UN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO OPERACIÓN DE CABROL MODIFICADA CON CONSERVACION DE LA PRÓTESIS

Dres. Juan A. Perriello¹, Roberto Battellini², Juan J. Boretti¹, Juan C. Climente²

INTRODUCCIÓN

Bentall y De Bono¹ publicaron en 1968 la cirugía del reemplazo de la aorta ascendente (AA) por patología aneurismática. Esta técnica presentaba como inconveniente el frecuente sangrado en el sitio de implante de las coronarias. Cabrol y cols.², en 1981 publican el reemplazo de la AA con reimplantación de las coronarias utilizando una prótesis de Dacron, con baja mortalidad y buenos resultados a largo plazo³.

Kouchoukos en 1986 modifica la operación de Bentall, utilizando parches a lo Carrell para dicho reimplante^{4,5}, con excelentes resultados.

CASO

Hombre de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular, a quien en 1988 se le realizó un reemplazo valvular aórtico (RVA) con prótesis mecánica Medtronic® 25 por insuficiencia aórtica (IA) severa.

Desarrolló un aneurisma de la aorta ascendente, que al momento de indicar la cirugía, 12 años más tarde, midió 10 x 9,5 cm (fig. 1), con buen cuello a nivel del tronco braquiocéfálico.

El score de riesgo según la Sociedad Americana de Anestesiología fue de 3.

Como dato digno de mención, una hermana del paciente fue operada posteriormente por IA severa, practicándosele un reemplazo valvular aórtico con válvula mecánica.

OPERACIÓN

Se realizó canulación de vena femoral derecha mediante cánula larga 28 French. Heparinización general. La canulación arterial fue hecha por arteria axilar derecha. Se realizó reesternotomía mediana, con liberación de adherencias (fig. 2) e inicio de la circulación extracorpórea. Enfriamiento a 20 grados, colocando Vent por arteria pulmonar.

Al fibrilarse el corazón, se procedió al *clampeo* aórtico por debajo del tronco braquiocéfálico y ulterior apertura del aneurisma. Se infundieron 1000 ml de solución cardiopléctica Bretschneider por *ostiae*

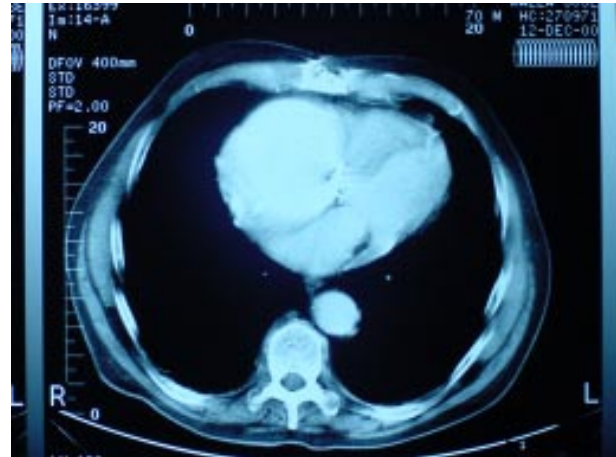


Figura 1. Angio tomografía axial. Aneurisma de aorta ascendente y prótesis.

coronariae, que se repitió a los 60 minutos.

Se decidió conservar la válvula mecánica existente por estar muy bien integrada, realizando operación de Cabrol modificada, implantando una prótesis de Dacron Gelseal® 28 al anillo de dacron de la válvula Medtronic mediante sutura continua de polipropileno monofilamento 3/0 (Prolene®) (fig. 3).

Por estar los *ostiae coronariae* muy separados y adheridos al casquete fibroso, se liberó solamente el derecho. Se suturó a lo Cabrol una prótesis de Dacron Gelseal® (8 mm) al *ostium* izquierdo, seguida de una anastomosis laterolateral a la prótesis de 28 mm y luego término terminal al *ostium* derecho. Por la fragilidad de los orificios se utilizaron *donuts* de teflon.

Para la anastomosis distal, por la fragilidad de la aorta, se colocó refuerzo de teflon, utilizando sutura continua de polipropileno monofilamento 3/0 (fig. 4).

El tiempo de *clampeo* fue de 125 minutos y el tiempo requerido de circulación extracorpórea fue de 254 minutos.

Postoperatorio. Sin presentar complicaciones, fue dado de alta al décimo día. Seis meses después el paciente estaba asintomático. La anatomía patológica informó arteriosclerosis calcificada.

DISCUSIÓN

Se hicieron dos reflexiones preoperatorias:

1. Dejar la válvula o reemplazarla por un conducto valvulado.
2. Reimplantar las coronarias directamente o me-

1. Servicio de Cirugía General

2. Servicio de Cirugía Cardiovascular

Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (B7602CBM)
Mar del Plata.

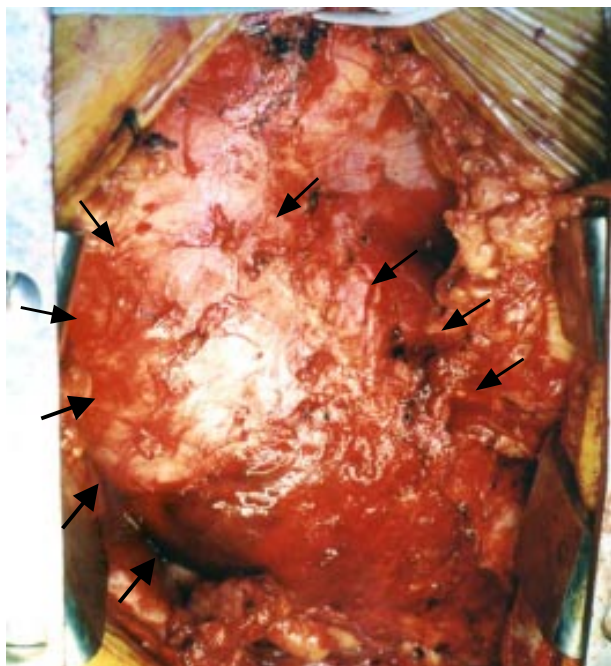


Figura 2. Aneurisma de aorta ascendente.

diante la técnica de Cabrol modificada.

Nuestra elección se basó en que la prótesis estaba muy bien integrada y endotelizada. El retirarla podría significar lesionar el anillo y con ello complicar el procedimiento.

En cuanto a los *ostium*, éstos estaban muy retraídos y el tejido era friable por lo que se hacía imposible suturarlos con la técnica de Bentall¹ o de Kouchoukos^{4,5}.

Nuestra elección fue elaborar una modificación de la cirugía de Cabrol, que ya habíamos probado factible en otra institución (Herzzentrum Leipzig) (fig. 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bentall H, De Bono A. A technique for complete replacement of the ascending aorta. *Thorax* 1968;23:338-9
2. Cabrol C, Pavie A. Complete replacement of the ascending aorta with reimplantation of the coronary arteries. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981;81:309-15
3. Cabrol C, Pavie A. Long-term results with total replacement of the ascending aorta and reimplantation of the coronary. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;91:17-25
4. Kouchoukos N, Karp R. Replacement of the ascending aorta and aortic valve with a composite graft. *Ann Surg* 1980;192:3403-13
5. Kouchoukos NT, Marshall WG, Wediger-Stecher TA. Eleven years experience with composite graft replacement of the ascending aorta and aortic valve. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;92(4):691-705



Figura 3. Colocación de prótesis de Dacron conservando la válvula (P prótesis, V válvula Medtronic 25 año 1988, CAD clampleo aórtico distal).

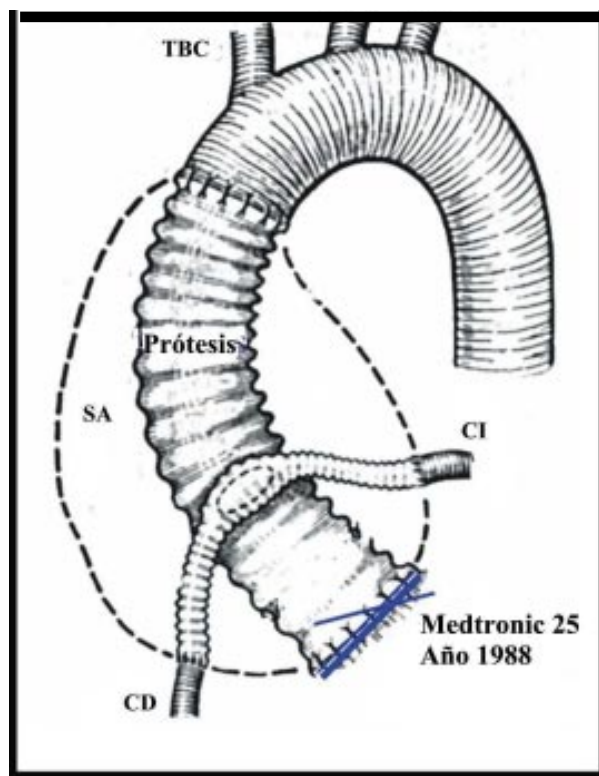


Figura 4. Gráfico de la operación terminada (Modificado de Cabrol³). CI coronaria izquierda, CD coronaria derecha, SA saco aneurismático, TBC tronco braquicefálico³.