Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 107-108

Revista Española de Cardiología

4036-5. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR TRAS CIRUGÍA DE MUSTARD/SENNING Y DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR SENO VENOSO EN EL PACIENTE ADULTO

Ángel Sánchez-Recalde, Federico Gutiérrez Larraya, María Jesús del Cerro, José María Oliver Ruiz, Ángel Aroca Peinado, Ana González, Raúl Moreno Gómez y José Luis López-Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las dehiscencias y estenosis de bafles son las complicaciones mecánicas más frecuentes después de la cirugía de Mustard o Senning en la transposición de grandes vasos (TGV). La obstrucción de la VCS tras cirugía de comunicación interauricular tipo seno venoso con drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (CIA-SV con DVPAP) es infrecuente y depende de la técnica quirúrgica utilizada.

Métodos: Describimos nuestra experiencia a corto y largo plazo del tratamiento percutáneo en 7 pacientes adultos sintomáticos (edad media 33 ± 8 años), 5 con estenosis/dehiscencias de bafles venosos sistémicos tras cirugía de Mustard/Senning y 2 pacientes con estenosis de VCS tras cirugía de CIA-SV con tunelización de vena pulmonar superior derecha aurícula izquierda con parche pericárdico, sin ampliación de VCS.

Resultados: De los 5 pacientes con TGV operados mediante corrección fisiológica auricular, 4 fueron con Mustard y 1 con Senning (entre 2-5 años de edad). Una paciente era portadora de marcapasos. En 3 casos predominaba la estenosis con flujo retrógrado y dilatación del sistema ácigos a nivel de la unión entre la VCS y la neoaurícula sistémica, y en 2 pacientes predominaba la dehiscencia con shunt bidireccional. Se trataron con éxito 4 casos mediante implante de stent cubierto CP (Numed) desapareciendo la estenosis y cerrándose completamente la dehiscencia. Un caso con oclusión completa de la VCS fue fallido, sin complicaciones. En la paciente portadora de marcapasos se tuvo que recambiar el cable y colocar el electrodo por dentro del stent durante el procedimiento. Los 2 casos con estenosis de VCS tras cirugía de CIA-SV, presentaban estenosis severas en la desembocadura de la VCS en la aurícula derecha, uno de ellos además era portadora de cables de marcapasos DDD. Este último caso fue tratado mediante dilatación con balón y el otro mediante stent cubierto con éxito. Con un seguimiento medio de 3 ± 0,6 años, los pacientes se encuentran asintomáticos y sin reestenosis de los stents en las técnicas de imagen no invasivas, principalmente tomografía computarizada.

Conclusiones: Las estenosis y/o dehiscencias a nivel de la VSC tras cirugía de Mustard/Senning o de CIA-DVPAP pueden ser tratadas percutáneamente mediante stent cubierto con excelente evolución a largo plazo.