Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 49

Revista Española de Cardiología

# 6002-12. ISQUEMIA DE EXTREMIDADES TRAS DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA: QUÉ HEMOS APRENDIDO

Irene Hidalgo Torrico, Delfina Fletcher Sanfeliu, Fernando Enríquez Palma, Laura Vidal Bonet, Óscar Antonio Merino Mairal, Rubén Tarrío Fernández, Daniel Padrol Bages, Guillermo Ventosa Fernández, Ramón Lluís Barril Baixeras, José Oriol Bonnin Gubianas y José Ignacio Sáez de Ibarra Sánchez

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Illes Balears.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** La disección aórtica aguda tipo A se acompaña de malperfusión de extremidades en un 15-40%, asociando mayor mortalidad. La mayoría se resuelve tras reparación del defecto de aorta ascendente, pero hasta un 21,6% requieren revascularización posterior de la extremidad por isquemia residual.

**Métodos:** Análisis de casos intervenidos de disección aórtica aguda tipo A con isquemia de miembros inferiores en nuestro centro desde junio de 2004 y junio de 2019; y establecer una propuesta de mejoría.

**Resultados:** Se intervinieron 134 pacientes de disección aórtica aguda, de los cuales 27 (20,1%) asociaron isquemia de extremidades. 2 de ellos presentaban isquemia a otros niveles (cerebral e intestinal). La descripción de la técnica quirúrgica se muestra en la tabla. 9 pacientes (33,33%) requirieron intervención quirúrgica vascular posterior a la cirugía de aorta realizándose 1 amputación, 7 *bypass* y 1 embolectomía con plastia de femoral común. 16 pacientes (59,25%) presentaron fracaso renal posoperatorio, y 4 precisaron terapia de depuración renal. La estancia media hospitalaria fue 23,11 días. 5 pacientes (18,51%) fallecieron durante el ingreso: 2 de ellos de causa vascular directa por isquemia de miembros irreversible, 1 paciente por isquemia cerebral, 1 por isquemia intestinal masiva, y 1 por *shock* hemorrágico intraoperatorio. Todos los *exitus* presentaron isquemia de miembros grado III a su ingreso. La supervivencia a 192 meses fue del 59,1%, destacando 3 *exitus* (1 por redisección a nivel del arco). Tras este estudio se decidió emplear en un paciente una cánula de perfusión temporal conectada a la bomba de circulación extracorpórea durante la cirugía de aorta ascendente (fig.), con el propósito de acortar el tiempo de isquemia de la extremidad. Tras desinstaurar la circulación extracorpórea, el paciente recuperó pulsos y no requirió cirugía de revascularización ni presentó complicaciones vasculares posteriores.

Descripción técnica quirúrgica

Axilar = 20

Canulación arterial

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 |

PC: parada circulatoria; AA: aorta ascendente.

*Circuito de perfusión arterial intraquirúrgico propuesto.*

**Conclusiones:** La isquemia de miembros inferiores asociada a disección aórtica aguda es una entidad grave que precisa diagnóstico precoz y tratamiento urgente, ya que asocia mayor mortalidad. La propuesta de un método de reperfusión temporal durante la cirugía de aorta ascendente puede acortar el tiempo de isquemia de miembros inferiores hasta conseguir reinstaurar el flujo por la verdadera luz, reduciendo el riesgo de complicaciones así como la mortalidad.