Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 643

Revista Española de Cardiología

6030-14. RECONSTRUCCIÓN 3D COMO SOPORTE EN EL TRASPLANTE DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA

Laura Corominas Garcia, Marta Molina Sánchez, Manel Tauron Ferrer, Abdel Hakim Moustafa, Elena Roselló Díez, Sandra Casellas Casanovas, Pedro Castro-Cuba Torres, Valentina Mescola, José Andrés Hernández Campo, Vicens Brossa Loidi, José Montiel Serrano y Antonino Ginel Iglesias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante cardiaco en cardiopatías congénitas del adulto supone un reto para los equipos trasplantadores, debido a la variabilidad anatómica y la distorsión producida por las cirugías previas. La reconstrucción 3D ha supuesto un avance en la planificación quirúrgica, permitiendo un detallado análisis preoperatorio de situaciones anatómicas complejas.

Métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Hombre de 37 años con cardiopatía congénita cianosante, que consiste en hipoplasia de cavidades derechas, atresia tricuspídea, atresia pulmonar y foramen oval permeable con persistencia de ductus arterioso. Paliado mediante fístula tipo Blalock-Taussig (BT) derecha (1986), BT izquierdo clásico (1992), anastomosis tipo Glenn bidireccional anulándose la fístula BT derecha y dejándose permeable el BT izquierdo (2006). Por estenosis grave de la fístula BT izquierda se implanta *stent* en 2017 y se dilata con balón en 2018. Oclusión de BT en 2021.En la evolución, cuadro de AIT en 2019 con sospecha de origen cardioembólico. Anticoagulado por taquicardia supraventricular por Holter sugestiva de taquicardia auricular. Presenta dilatación significativa de raíz aórtica y aorta ascendente hasta 60 mm, con insuficiencia valvular aórtica moderada (III-IV). Presenta hipoplasia del tronco arterial pulmonar y de ambas ramas pulmonares, sin hipertensión pulmonar en el cateterismo derecho. El paciente presenta saturación al aire del 80%. La clase funcional es III-IV de la NYHA. Por todo ello se valora como candidato a trasplante cardiaco. A partir del estudio con TAC se imprime modelo 3D en color, para estudio de la anatomía de las arterias pulmonares y planificación de la cirugía. El 3/3/21 se realiza trasplante cardiaco por técnica bicava, junto con ampliación de ambas ramas pulmonares con las arterias pulmonares del donante. La cirugía y el posoperatorio transcurren sin incidencias a excepción de necesidad puntual de terapia de reemplazo renal con finalidad deplectiva. El cateterismo derecho postrasplante muestra gradiente residual en ambas suturas pulmonares pero sin ocasionar hipertensión pulmonar grave. La ecocardiografía muestra disfunción ventricular derecha ligera. Clínicamente el paciente no presenta signos de fallo derecho, siendo alta el 26,03.

Conclusiones: La reconstrucción e impresión 3D puede resultar útil para la planificación y la toma de decisiones en casos de cardiopatías complejas.