

CASO PRÁCTICO 1

Paciente de 66 años, intervenida 20 años antes por Insuficiencia Mitral, realizándose reparación valvular, con resección cuadrangular de valva posterior, plastia de deslizamiento de la misma e implante anillo rígido, quedando válvula competente. Anticoagulación oral en los últimos años por FA crónica.

Ahora presenta calcificación valvular importante con gradientes transmitrales elevados. Es intervenida realizándose resección completa de válvula mitral y de anillo protésico, observándose válvula intensamente calcificada y anillo valvular pequeño. Implante de prótesis mecánica Nº 25 y cierre de orejuela. Una vez implantada la prótesis se observa atrapamiento de uno de los discos, que tras múltiples rotaciones de la prótesis se consigue movilizar, aunque nunca con normalidad. Ante el riesgo importante de atrapamiento de la prótesis se decide su explante e implantar una prótesis biológica Nº 25, lo cual se consigue sin dificultades, aunque debe de ejercerse importante presión para la adecuada colocación de sus soportes, comprobándose el correcto funcionamiento de la prótesis. Tras un tiempo de isquemia de 120 minutos y 150 de CEC, se desconecta a la paciente de la CEC sin dificultades y con poco apoyo inotrópico. Correcto funcionamiento de la prótesis por ETE. Administración de protamina e inicio de cierre.

En ese momento se objetiva sangrado importante de sangre roja, que aumenta hasta hacerse muy importante y que requiere administración de heparina y reentrada en CEC para exploración y tratamiento de la hemorragia.

1. Opciones de tratamiento para el caso descrito.
2. Comentario sobre la técnica realizada y alternativas a la misma.
3. Posibles orígenes de la hemorragia y tratamiento de las mismas.

CASO PRÁCTICO 2

Paciente de 61 años, con antecedentes de implante de prótesis mecánica bivalva mitral 7 años antes. Anticoagulación oral con AVK. Ingresó por, endocarditis clínica de disnea a mínimos esfuerzos y RX de tórax congestiva. Mejoró con tratamiento diurético. INR 2,2.

Eco TT con gradiente transmitral medio de 11 mmHg y sin imágenes claras de trombosis protésica, endocarditis y o atrapamiento de discos. Aun así, se inicia tratamiento con heparina no fraccionada en perfusión continua y antibioterapia empírica, con lo cual los gradientes disminuyen en nuevo eco TT, pero vuelven a aumentar 48 h más tarde con empeoramiento clínico importante. PCR elevada. Se traslada a UCI y requiere VMNI.

1. Describir y comentar cuales son las principales posibilidades diagnosticas del cuadro descrito.
2. Comentarios al tratamiento realizado a este paciente.
3. Describir y comentar las posibilidades de tratamiento para este caso.

CASO PRÁCTICO 3

Paciente de 28 años, diagnosticado de doble lesión aortica severa sintomática, con calcificación importante de válvula aortica. Hipertrofia septal de 18 mm. En TSVI y en zona medio ventricular y apical. Tras explicar las opciones al paciente se decide realizar Intervención de Ross, la cual se realiza con tiempo de isquemia de 180 minutos y CEC de 220 minutos.

Tras la cirugía hay imposibilidad de desconexión de CEC por disfunción severa de VI, arritmias ventriculares y ECG de aspecto isquémico.

Se implante ECMO central con cánulas en aorta y AD, cerrando únicamente piel y subcutáneo. Tras una evolución de relativa estabilidad se decide retirada de ECMO central, cierre de esternón e implante de ECMO periférica por arteria y vena axilar, para facilitar movilidad y menores posibilidades de complicaciones con los accesos vasculares.

La situación tiene a la estabilidad, manteniéndose flujos ECMO de 4,5 litros, con dependencia completa del sistema, sin onda de presión de paciente y con disfunción ventricular muy severa por eco.

72 horas tras el cambio de sistema aparece RX torácica con velamiento completo bilateral y secreción hemática a través del tubo endotraqueal.

1. Comentar la decisión de tratamiento adoptada en cuanto a la técnica quirúrgica empleada.
2. Comentar causas de la complicación quirúrgica acontecida y sus posibles soluciones.
3. Comentar el origen de la complicación de la etapa postoperatoria tras el cambio de sistema ECMO y sus posibles soluciones.