

Seudoaneurismas en el autoinjerto pulmonar tras la cirugía de Ross

Sr. Editor:

El procedimiento de Ross es una técnica que ha resurgido como una buena alternativa para la enfermedad valvular aórtica, sobre todo en jóvenes y niños en los que no es posible la reparación¹. A pesar de ser una cirugía segura, se han descrito complicaciones relacionadas con el autoinjerto pulmonar² y, entre ellas, una solamente descrita en 2 ocasiones^{3,4} pero potencialmente grave, como es el pseudoaneurisma de dicho autoinjerto.

De un total de 200 pacientes intervenidos de cirugía de Ross en nuestro hospital, presentamos a 2 que estaban asintomáticos y fueron diagnosticados de un falso aneurisma sobre el autoinjerto pulmonar a los 2 años del seguimiento, con una causa diferente en cada caso.

El primero era un varón de 27 años, intervenido de cirugía de Ross por una insuficiencia aórtica severa (IAo) postendocarditis. Un mes después ingresó por una endocarditis sobre la sutura del autoinjerto. Evolucionó favorablemente tras el tratamiento antibiótico y en el ecocardiograma previo al alta se observó que la verruga endocárdica había desaparecido y ambos injertos valvulares eran normofuncionantes. Fue seguido ambulatoriamente, con controles ecocardiográficos semestrales. A los 24 meses de la intervención el paciente estaba asintomático, pero en un ecocardiograma transtorácico de control se observaba una IAo severa por dilatación de la raíz del autoinjerto pulmonar. Además, había una cavidad pulsátil retroaórtica en la sutura del autoinjerto, con flujo en su interior, compatible con un pseudoaneurisma (fig. 1). Finalmente se sustituyó el autoinjerto pulmonar por un tubo valvulado aórtico (Bono-Bentall) con un buen resultado posterior.

El segundo caso era un varón de 37 años intervenido con éxito mediante cirugía de Ross por una IAo severa reumática. Fue seguido periódicamente y, a los 2 años, en el ecocardiograma transtorácico observamos una cavidad retroaórtica pulsátil con flujo en su interior, que no existía en el ecocardiograma del año anterior y compatible también con un pseudoaneurisma del autoinjerto. Había una leve dilatación del anillo aórtico que originaba una IAo leve. Con el ecocardiograma transesofágico comprobamos que la puerta de entrada se localizaba en la sutura inferior del autoinjerto, en el seno

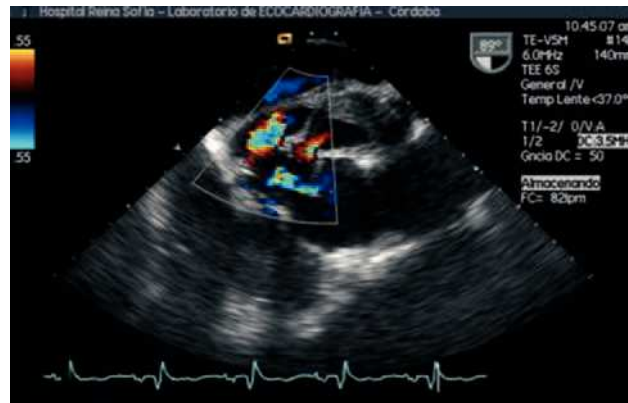


Fig. 2. Imagen de ecocardiografía transesofágica a 90°, donde se observa con Doppler-color la comunicación, a través de 2 puertas de entrada, del pseudoaneurisma con el tracto de salida del ventrículo izquierdo.

no coronario, y se extendía hasta el seno coronario izquierdo comprometiendo el origen de la coronaria izquierda (fig. 2). Finalmente, se intervino colocándose un tubo valvulado aórtico (Bono-Bentall).

La causa del pseudoaneurisma del autoinjerto pulmonar ha sido un tema discutido en los últimos años. Se ha atribuido a la debilidad estructural del autoinjerto pulmonar que, al recibir presiones sistémicas, sufriría una progresiva dilatación y una rotura localizada, lo que daría origen a la puerta de entrada del pseudoaneurisma⁴. En nuestro primer caso, el pseudoaneurisma se podría explicar por la presencia de tejido friable postinfección, mientras que en el otro podría deberse a la debilidad del anillo pulmonar, a pesar de estar reforzado con una anuloplastia.

Dado que ambos pseudoaneurismas son retroaórticos, una zona poco accesible al control del cirujano, proponemos un control mediante ecocardiografía transesofágica intraoperatoria. Al revisar nuestra serie de enfermos comprobamos que estos 2 pacientes no tenían un estudio intraoperatorio, por lo que quizás esta complicación se podría haber evitado.

Para concluir, los 2 enfermos son diagnosticados a los 2 años de la cirugía y en estado asintomático, por lo que es importante realizar un seguimiento clínico y ecocardiográfico estrecho. Creemos que una ecocardiografía transtorácica,



Fig. 1. Dos imágenes de la ecocardiografía transtorácica en proyección paraesternal longitudinal. En la primera observamos la cavidad pulsátil retroaórtica compatible con el pseudoaneurisma y en la segunda se aprecia el paso de flujo a través de la puerta de entrada (flecha) con Doppler color. Ao: aorta; PS: pseudoaneurisma; VI: ventrículo izquierdo.

al ser una técnica inocua, sencilla y disponible en la mayoría de los hospitales, sería suficiente para el seguimiento, mientras que otras, como la ecocardiografía transesofágica, se utilizarían para completar el diagnóstico.

Ana Rodríguez-Almodóvar^a,
Dolores Mesa-Rubio^a,
Carmen Durán-Torralba^a e Ignacio Muñoz^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario
Reina Sofía. Córdoba. España.

^bServicio de Cirugía Cardiovascular.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Concha M, Casares J, Ross DN, González-Lavín L, Franco M, Mesa D, et al. Reemplazamiento valvular aórtico con autoinjerto pulmonar (operación de Ross), en pacientes adultos y pediátricos. Estudio preliminar. *Rev Esp Cardiol.* 1999;52:113-20.
2. Rus C, Mesa D, Concha M, Casares J, Suárez de Lezo J, Delgado M, et al. Resultados a corto plazo en la técnica de Ross. ¿Influye la etiología de la valvulopatía aórtica? *Rev Esp Cardiol.* 2004;57: 531-7.
3. Metras D, Kreitmann B, Habib G, Riberi A, Yao JG, Ross DN. False aneurysm: a rare and potentially severe complication after pulmonary autograft operation. *J Heart Valve Dis.* 1996;5:414-6.
4. Shahid MS, Al-Halees Z, Khan SM, Pieters FA. Aneurysms complicating pulmonary autograft procedure for aortic valve replacement. *Ann Thorac Surg.* 1999;68:1842-3.