

### 37 IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA EN INSUFICIENCIA AÓRTICA PURA. REPORTE DE CASO

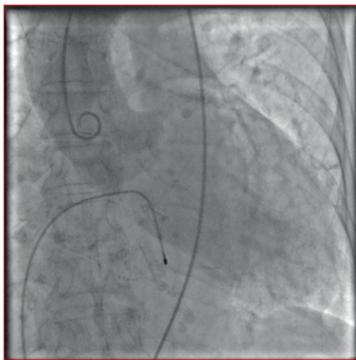
Lucía Martínez, Sebastián Lluberás, Leandro Jubany, Ricardo Lluberás

Instituto de Cardiología Intervencionista del Centro Cardiovascular de Casa de Galicia.

**Introducción:** los datos del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) en pacientes con IAo pura son limitados. Discutiremos un caso de IAo significativa con contraindicación quirúrgica.

**Caso clínico:** sexo femenino, 77 años, antecedentes de HA, poliartritis reumatoidea y cirugía de hernia inguinal. Superficie corporal: 1,3 m<sup>2</sup>. Historia de 6 meses de evolución de disnea de esfuerzo que progresa a CF III. Al examen se destaca soplo sistólico breve en punta y soplo holodiastólico con máxima auscultación en mesocardio. Por policlínica se realiza ETT que evidencia IAo e Imit moderada a severa. Su médico solicita consulta con el equipo de cirugía cardíaca para resolución de su patología valvular. Valorada por el equipo de cirugía cardíaca, contraindica la intervención debido al alto riesgo quirúrgico. En ateneo multidisciplinario se decide que el TAVI es factible y seguro por vía femoral. Treinta días antes se realiza ATC de ADA con *stent* liberador de everolimus 4,0 x 8 mm sin complicaciones. Posteriormente, se realiza el TAVI con prótesis valvular aórtica Sapien 3 n.º 29 con 4 ml extras, logrando *overstretching* del 25%, bajo sedación consciente, sin complicaciones. ETT pos-TAVI: prótesis aórtica normoposicionada, normofuncionante. Gradiente máximo de 10 mmHg, gradiente medio de 6 mmHg. Alta hospitalaria al tercer día sin complicaciones. Seguimiento al año refiere mejoría sintomática significativa, en CF II, ETT FEVI 40%. Gradiente medio 5 mmHg.

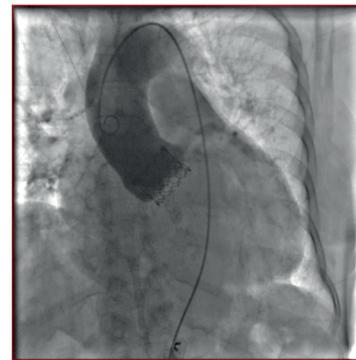
**Pruebas complementarias:** ETT: HVI, hipoquinesia global, FEVI 37%. AI severamente dilatada, DDVI 53 mm. Fibrosis valvular aórtica con apertura conservada, IAo moderada a severa. Válvula mitral con dilatación anular e insuficiencia moderada a severa. PSAP 45 mmHg. Raíz de aorta y aorta ascendente levemente dilatada. AngioTC de aorta: válvula aórtica trivalva, sin calcificación. Tracto de salida VI: 6,2 cm<sup>2</sup>; anillo aórtico: perímetro: 87 mm; área: 5,9 cm<sup>2</sup>; aorta sinusal: 40 x 40 x 35 mm; aorta sinotubular: 35 x 34 mm; aorta tubular: 37 x 36 mm; altura TCI: 9 mm; altura ACD: 14 mm; ángulo Ao: 36°. ECG: RS 75 cpm. SAI, HVI severa. Sobrecarga sistólica. Coronariografía: lesión leve distal de TCI, lesión severa proximal de ADA y lesión leve distal de ACx.



**Figura 1.** Aortograma preimplante: se visualiza la ausencia de calcificación aórtica y la IAo severa.



**Figura 2.** Aortograma preimplante: prótesis posicionada a nivel del anillo valvular.



**Figura 3.** Aortograma posimplante: se visualiza ausencia de reflujo protésico.

**Diagnóstico:** IAo severa sintomática y lesión severa proximal ADA.

**Discusión:** si bien se encuentra establecida la indicación del TAVI en pacientes con EAo severa sintomática, los datos del TAVI en pacientes con IAo pura y contraindicación quirúrgica son limitados. Diversos registros sugieren una disminución de la tasa de éxito del procedimiento al compararlos con pacientes con EAo. Debido a las características anatómicas y las posibles dificultades del implante secundario a la ausencia de calcio a nivel del anillo, existe mayor riesgo de embolización del dispositivo e insuficiencia paravalvular, con necesidad de colocación de una segunda prótesis. Sin embargo, con el avance en el diseño de los dispositivos y la mayor experiencia de los equipos multidisciplinarios, la realización *off-label* del TAVI en pacientes con IAo pura puede ser realizada de forma eficaz y segura en pacientes seleccionados.