

#025 | Intervencionismo estructural en el paciente crítico

Camila Gurascier¹ ; Sebastián Albistur¹ ; Pedro Trujillo¹

1 - Unidad Académica de Cardiología, Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas..

Introducción:

La EAO severa es causa frecuente de IC y asocia muy mal pronóstico cuando no se interviene. Existe poca evidencia sobre el intervencionismo en el paciente crítico debido a que éste es excluido de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Historia clínica:

Mujer, 83 años, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica e intersticiopatía pulmonar. EAO severa (área valvular 0.9 cm², gradiente máximo 64 y medio 38mmHg) con insuficiencia moderada, FEVI conservada. Ángor de esfuerzo CFII y disnea progresiva en el último año; varios ingresos por ICC. No frágil, STSScore 7.4%, factible de implante percutáneo de válvula Ao (TAVI) transfemoral. La CACG (fig.1A,ByC) evidenciaba estenosis crítica de ACD distal y estenosis severa de ACx media. Se realiza ATC (fig.1DyE), siendo un procedimiento complejo, prolongado y mal tolerado por vómitos e hipotensión con requerimiento de vasopresores. A la salida de hemodinamia febril, shock distributivo e insuficiencia respiratoria atribuible a aspiración de vía aérea. Mejoría parcial tras 48hs de tratamiento fisiopatológico y, dado que la EAO limitaba el tratamiento del shock, se implanta de forma urgente válvula balón expansible Edwards Sapien3n°23, exitosa y sin complicaciones (fig.2), lográndose un gradiente medio ecocardiográfico de 7mmHg. El EH invasivo observó aumento del GC con patrón compatible con shock distributivo (Tabla1).\ Buena evolución inicial con destete de asistencia respiratoria mecánica (ARM), vasopresina y noradrenalina en las siguientes 48hs. Posteriormente, stroke fosa posterior y edema agudo de pulmón que obligan a re-intubación y ARM prolongada. Múltiples intentos fallidos de extubación, agrega neumonía asociada al ventilador y shock séptico refractario, falleciendo al día 28 posterior a la TAVI.

Pruebas complementarias:

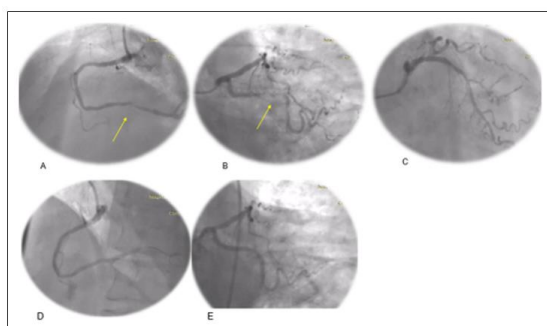


Figura 1. Imágenes de la coronariografía diagnóstica y de la angioplastia coronaria. A. Estenosis crítica de arteria coronaria derecha distal (flecha amarilla). B. Estenosis severa de arteria circunfleja en tercio medio (flecha amarilla). C. Arteria descendente anterior sin lesiones angiográficamente significativas. D. Resultado final de angioplastia de arteria coronaria derecha distal con implante de un stent. E. Resultado final de angioplastia de arteria circunfleja proximal y media con implante de dos stent.

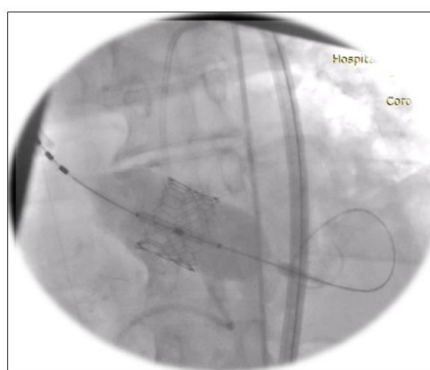


Figura 2. Implante percutáneo de válvula aórtica balón expansible Edwards Sapien 3 n°23.

Parámetro	Datos hemodinámicos y derivados	
	Pre-implante	Post-implante
FC (lpm)	93	130
PDFVI (mmHg)	29	25
Presión sistémica (mmHg)	131/51/70	83/33/51
Presión pulmonar (mmHg)	42/22/30	37/22/26
PAD (mmHg)	11	11
Sat sistémica (%)	100	96,6
Sat pulmonar (%)	72,1	79,9
GC (L/min)	6,24	10,46
RVP (Wood/ din)	0,16/12,8	0,096/7,65
RVS (Wood/ din)	9,45/756	3,82/305,9
GMed por ETT (mmHg)	38	7

Tabla 1. Datos hemodinámicos invasivos y datos derivados obtenidos pre y post implante de TAVI. ASC: área de superficie corporal. FC: frecuencia cardíaca. PDFVI: presión diastólica final del VI. PAD: presión en aurícula derecha. GC: gasto cardíaco. RVP: resistencias vasculares periféricas. RVS: resistencias vasculares sistémicas.

11

Diagnóstico:

Shock distributivo posterior a ATC compleja en paciente con EAo severa sintomática.

Discusión:

La TAVI tiene indicación clase I en la EAo severa en pacientes añosos o riesgo quirúrgico alto-prohibitivo y el shock representa una situación de muy alto riesgo, pero estos pacientes son excluidos de los ECA. La evidencia plantea que la TAVI en forma aguda podría brindar mejor soporte hemodinámico y más duradero que la valvuloplastia, menores gradientes transvalvulares y menos insuficiencia residual, para permitir el tratamiento de fisiopatológico de estos pacientes. Sin embargo, la mortalidad a 30 días y al año es muy alta y se asocia sobre todo a la severidad del shock previo al procedimiento, lo que hace necesario identificar cuáles casos podrían beneficiarse y cuáles no (procedimiento fútil). La evidencia es escasa y la toma de decisiones queda a criterio del equipo médico tratante. En nuestro medio el acceso a la TAVI es otro problema y el escenario reportado es poco frecuente (shock en paciente completamente evaluado). Las características clínicas del caso y la factibilidad (técnica y económica) inclinaron la balanza hacia el intervencionismo. La respuesta inicial fue alentadora, pero la complejidad de estos casos conlleva una alta probabilidad de un desenlace no deseado. Si bien es necesario generar mayor evidencia y establecer criterios de selección de casos, deberíamos considerar la TAVI como opción terapéutica para pacientes con EAo severa, inestables, refractarios a tratamiento médico y que no presenten una comorbilidad mayor que determine la futilidad del procedimiento.