

#034 | Cierre percutáneo de fuga paravalvular sobre prótesis mecánica aórtica, a propósito de un caso

Deborah Acosta¹; Pablo Diaz¹; Pedro Trujillo¹; Anibal Damonte²

1 - Instituto de Cardiología Integral.2 - Instituto Cardiovascular de Rosario.

Introducción:

La fuga paravalvular (FPV) es una complicación frecuente luego del implante valvular, con indicación de reintervención en casos sintomáticos. El cierre de la FPV transcatóter ha sido una alternativa a la cirugía en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Se presenta el caso de una paciente portadora de prótesis aórtica mecánica, complicada con FPV severa secundaria a endocarditis infecciosa (EI).

Historia clínica:

Mujer de 62 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico y anemia en estudio. En 2013 sustitución valvular aórtica con prótesis mecánica, puente mamario a descendente anterior y venoso a descendente posterior. Posteriormente, angioplastia transluminal coronaria (ATC) primaria de arteria coronaria derecha (ACD) con balón por imposibilidad de navegar stent por severa tortuosidad del vaso. En 2021 se presenta con disnea de esfuerzo clase funcional II (NYHA) y fiebre. Al examen físico, taquicardia de 120 cpm, click valvular y soplo holodiastólico en foco aórtico, polipnea y estertores crepitantes bibasales.

Pruebas complementarias:

De la paraclínica se destacan hemocultivos con desarrollo de *Enterococcus faecalis*, ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidencia pseudoaneurisma en anillo aórtico con severa insuficiencia paravalvular y ecocardiograma transesofágico (ETE) 3D que confirma la misma (Figuras 1 y 2).

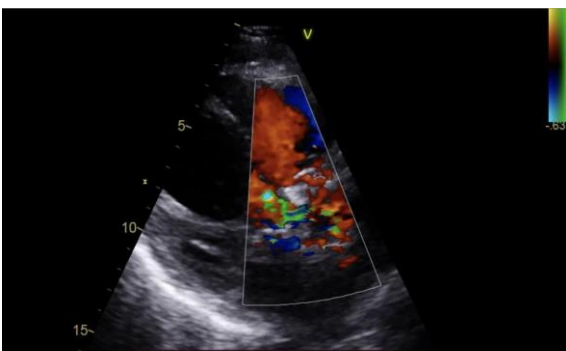


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico, enfoque paraesternal eje largo que evidencia fuga paravalvular severa por doppler color



Figura 2. Ecocardiograma transesofágico 3D, pseudoaneurisma en anillo aórtico que se extiende hacia continuidad mitroaórtica (flecha amarilla)

Diagnóstico:

El complicada con FPV severa. Buena respuesta a tratamiento antibiótico con persistencia de falla cardíaca, se plantea reparación quirúrgica. La cineangiografía (CACG) evidencia lesiones severas de ACD media, arteria circunfleja (ACx) ostial y proximal. Puente mamario a descendente anterior permeable e intensa calcificación aórtica. Dado alto riesgo quirúrgico se planea continuar con tratamiento híbrido. Se realiza tratamiento percutáneo de lesiones coronarias y se coordina reintervención quirúrgica sobre FPV. Presenta en nuevo ETT FEVI de 30% por lo que se recomienda cierre percutáneo de FPV. En enero de 2023 se implantan, luego de amparo judicial, 2 plugs AVP II de 12 mm en zona de fuga paravalvular. Se realiza angiografía evidenciando insuficiencia leve residual (Figura 3). Se realiza ETT de control que informa dispositivos plug normofuncionantes con mínima fuga paravalvular. Alta a las 48 hs. A los meses ingresa por síndrome coronario agudo (SCA) con reestenosis de ACx proximal, se realiza ATC con un stent y posteriormente nuevo SCA que requiere ATC con balón sobre la misma lesión. Al año del procedimiento mantiene excelente clase funcional y

ETT de control con leve FPV.

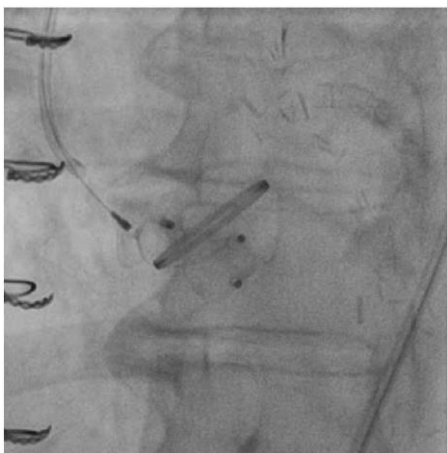


Figura 3. Implante de 2 plugs AVP 2 de 12 mm a través de fuga paravalvular.

Discusión:

La re-intervención está indicada para aquellos pacientes que presentan FPV relacionada a EI, insuficiencia cardíaca severa y/o hemólisis. La reparación quirúrgica es el tratamiento de elección con una mortalidad a 30 días entre 6-22%, siendo mayor en pacientes con insuficiencia renal crónica y más de una cirugía cardíaca previa. Cuando presenta características favorables, el tratamiento percutáneo de la fuga paravalvular tiene resultados clínicos a 1 año similares a los obtenidos por reparación quirúrgica, siendo más costo-efectivo con la utilización de menos recursos, menor sangrado y menor morbilidad perioperatoria. La elevada mortalidad de la reintervención quirúrgica en estos pacientes nos obliga a pensar en un procedimiento alternativo. La reparación transcáteter es un método viable en pacientes seleccionados.