

#049 | Implante valvular aórtico percutáneo de urgencia en disfunción bioprotésica (TAVI-ViV) con falla cardíaca grave refractaria: a propósito de un caso.

Adriel Carlos Feliú Silva¹; Mariana Marín¹; Jorge Mayol¹; Sergio Burgues²

1 - Centro Cardiológico Americano. 2 - COMECA.

Introducción:

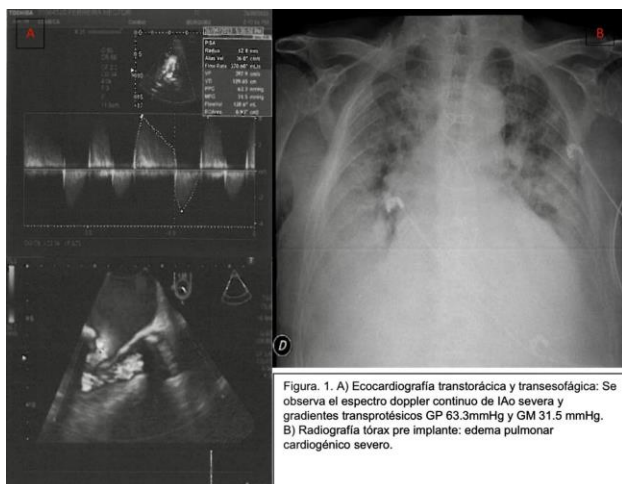
La TAVI-ViV se ha tornado el método preferido para el tratamiento de la disfunción bioprotésica dado que implica una menor morbilidad que la reintervención quirúrgica de coordinación. Esta entidad clínica puede presentarse con un cuadro de insuficiencia cardíaca de rápida evolución. Presentamos un paciente en ICC refractaria por IAo severa por disfunción bioprotésica, al cual se le realiza TAVI-ViV de urgencia exitosa.

Historia clínica:

77 años, masculino, HA, tabaquismo y obesidad, con CRM (2010) y sustitución valvular Ao (2016) por bioprótesis Sorin Mitroflow 25. En noviembre 2023 ingresa por ICC CFNYHA IV requiriendo ventilación (10 días), vasopresores e inotrópicos. Ruidos cardíacos de bajo tono, con R3, soplo diastólico regurgitante en borde esternal izquierdo y estertores crepitantes hasta tercio medio bilateral.

Pruebas complementarias:

ECG: FA, fc 111 cpm. Rx Tx: edema pulmonar bilateral. ETT: VI remodelado excéntrico, FEVI 24%. TAPSE 6mm. Bioprótesis aórtica con prolapso de valva no coronaria e IAo severa (THP 165 ms, ORE 0.93cm², VR 120.6ml, rPISA 12.8mm). (Figura 1). Creatininemia: 1.23mg/dl, ProBNP: >90.000pg/ml, lactato 1.7mmol/l. CACG sin cambios respecto al estudio previo. AngioTAC: accesos vasculares femoro-iliacos adecuados y distancia Válvula a ACD 11mm y a TCI 7 mm. Score STS (Society of Thoracic Surgeon); MO: 14.6%, morbilidad: 55.5%.



Diagnóstico:

Disfunción bioprotésica estructural con IAo severa e ICC refractaria. Procedimiento TAVI-ViV: Acceso arterial femoral derecho se realiza implante de prótesis Evolut PRO 26. (Figura 2) Paciente con estabilidad eléctrica y hemodinámica, lográndose retirar inotrópicos, remisión de

edema pulmonar (Figura 3), extubándose a las 48hs. ETT control, ViV Ao normoposicionado/normofuncionante, con bajos gradientes (18/5 mmHg), sin insuficiencia protésica/periprotésica. Rx Tx sin elementos de edema pulmonar. ProBNP 32305pg/ml. Por la mejoría clínica y hemodinámica es egresado de CTI, recuperación progresiva y alta a domicilio a los 15 días.

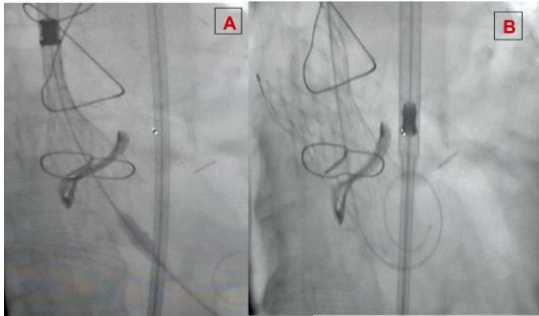


Figura 2. A) Implants autoexpandible Evolut PRO. B) Evolut PRO implantada correctamente: expansión adecuada y profundidad correcta respecto al anillo bioprotésico quirúrgico.



Figura 3. Radiografía de tórax a las 48hs del implante: remisión franca del edema pulmonar.

Discusión:

El desarrollo tecnológico de TAVI, asociado a necesidad de soluciones de menor riesgo quirúrgico, ha aumentado el espectro de indicaciones, expandiéndose al implante dentro de prótesis valvulares quirúrgicas disfuncionantes, conocido como valve in valve (ViV). Aproximadamente 1/10 TAVI en series internacionales. se realizó como un procedimiento de urgencia/emergencia; estos tuvieron una mayor carga de comorbilidades y puntuación STS elevada. Con proporción significativamente alta de pacientes sometidos a TAVI-ViV por bioprótesis degeneradas previamente implantadas; el éxito a corto plazo de la TAVI urgente/emergente fue alto y no fue clínicamente diferente en comparación con TAVI electiva. La ventana de oportunidad para romper el ciclo de hipoperfusión y falla multiorgánica es estrecha, la intervención de TAVI urgencia/emergencia es la clave del éxito. Estos pacientes que requieren ventilación mecánica, presentan vasoconstricción periférica y pueden no tolerar bien el marcapaseo rápido utilizado. Las válvulas balón-expandibles requieren necesariamente una estimulación rápida, mientras que en las autoexpandibles este requerimiento es menor. El abordaje transfemoral, cuando sea factible, debe ser el preferido. Este caso destaca la viabilidad y eficacia de la TAVI urgencia/emergencia, Evolut PRO, en la ICC refractaria debido a disfunción bioprotésica con IAo severa.