

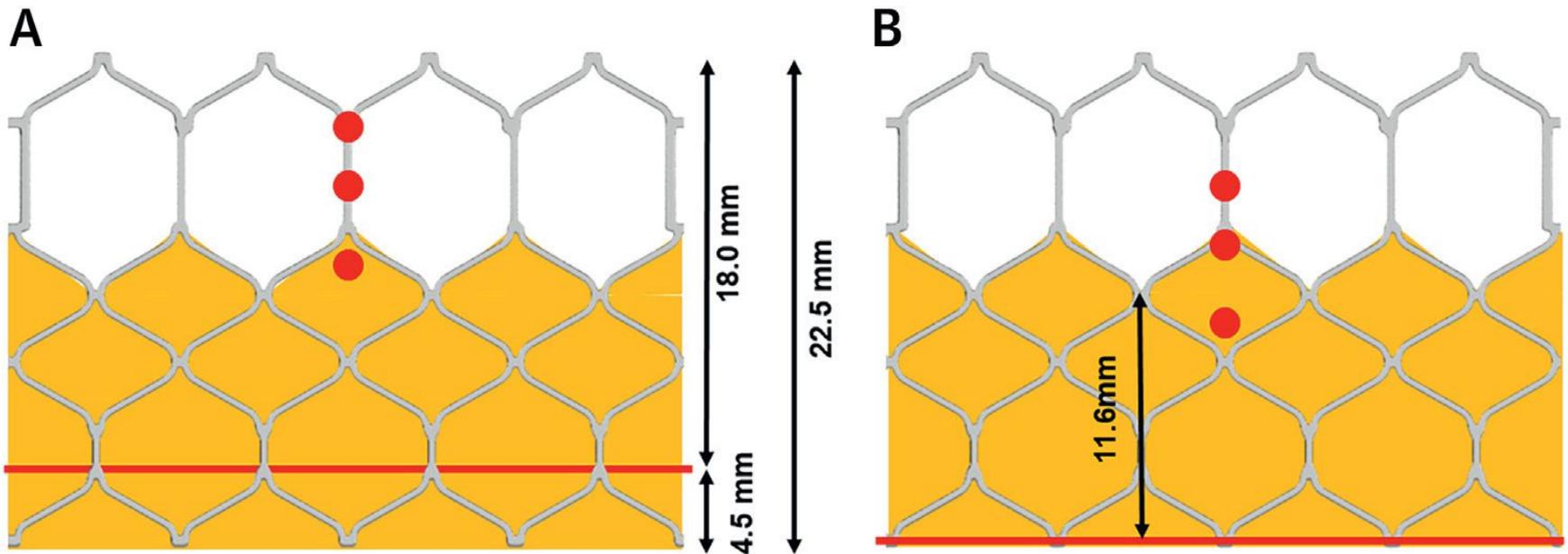
CANALIZACION CORONARIA TRAS TAVI

Caso clínico Biotronik

Introducción

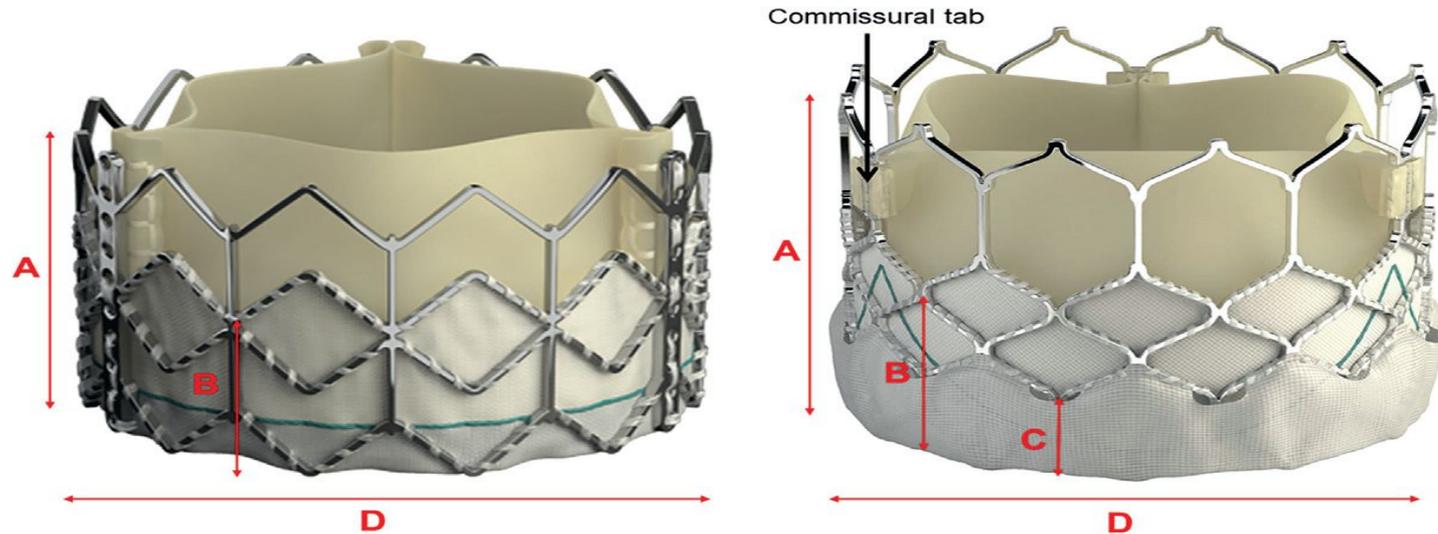
- Transcatheter aortic valve replacement (TAVR) ha revolucionado el manejo de los pacientes con estenosis aórtica severa(EAo) sintomática.
- Las indicaciones se están expandiendo hacia el tratamiento de pacientes más jóvenes y con bajo perfil de riesgo.
- Dado el carácter natural de la progresión de la enfermedad coronaria y su elevada prevalencia en los pacientes con EAo, el acceso coronario será necesario en pacientes tras TAVR.
- Hay diferentes estudios en los que se pone de manifiesto la dificultad en la cateterización, sobre todo en pacientes con prótesis autoexpandibles.

La importancia de evitar un implante alto.



En **A** se simula una colocación de Sapien 3 n° 29 en posición adecuada con respecto al anillo (línea roja) y en **B** un implante alto que puede interferir con el ostium

La importancia del diseño de la prótesis.



| | 23 mm Sapien XT | 26 mm Sapien XT | 29 mm Sapien XT | 20 mm Sapien 3 | 23 mm Sapien 3 | 26 mm Sapien 3 | 29 mm Sapien 3 |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| A. Frame Height | 14 mm | 17 mm | 19 mm | 15.5 mm | 18 mm | 20 mm | 22.5 mm |
| B. Inner Skirt Height | 6.7 mm | 8.7mm | 11.6 mm | 7.9 mm | 9.3 mm | 10.2 mm | 11.6 mm |
| C. Outer Skirt Height | N/A | N/A | N/A | 5.2 mm | 6.6 mm | 7.0 mm | 8.1 mm |
| D. Valve Diameter | 23 mm | 26 mm | 29 mm | 20 mm | 23 mm | 26 mm | 29 mm |

La altura de la camisa interior (B) se debe intentar que quede por debajo del ostium

Diferencias entre las auto-expandibles y las balón-expandibles.

El diseño de ambas prótesis es muy diferente. En las expandibles con balón los frames suelen terminar por encima de los ostiums.

En estudios de TAC el porcentaje de cubrimiento del ostium izquierdo fue del 71 % en las auto-expandibles y del 33 % en las balón-expandibles.

En la correcta posición en la Sapien 3, solo las salidas bajas de los ostiums (menor de 10mm) podrian causar algún problema, ya que la camisa interior estaría e ese nivel.

RETOS TECNICOS: en general las auto-expandibles necesitan catéteres mas pequeños , JL 3 para radial y 3,5 para femoral. Mejor evitar el uso de cateteres de alto soporte (mas probable el kinking). A veces podemos precisar introducir la guía desde la aorta para que actúe de rail para avance del catéter.

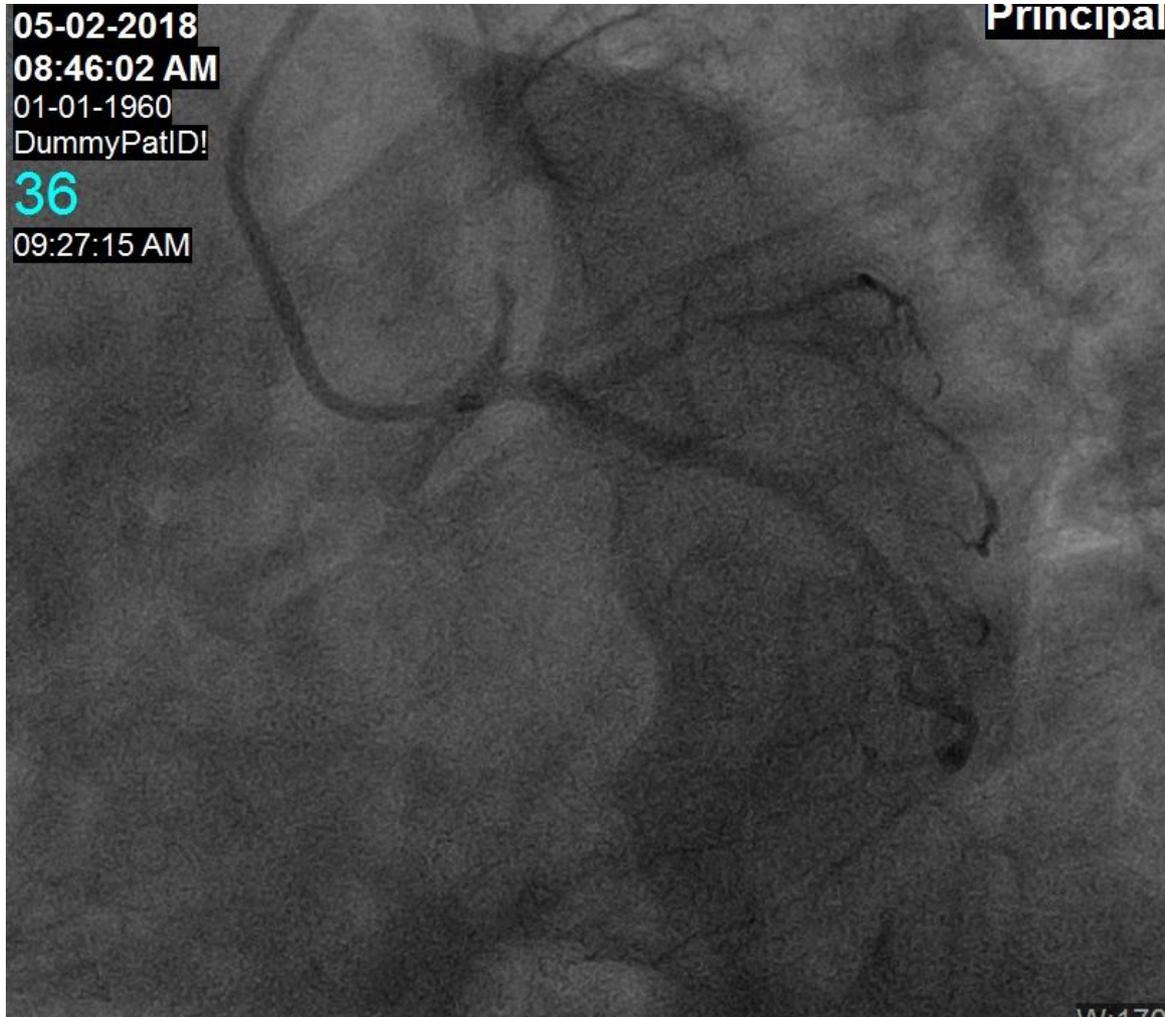
Caso Clínico I

- Varón de 68 años.
- Diabético evolucionado con nefropatía periférica, arteriopatía (amputación de miembros inferiores) y retinopatía.
- Ex-fumador y dislipemia.
- Decision del “Heart Team” de implante TAVI transaxilar por disección.

Caso Clínico II

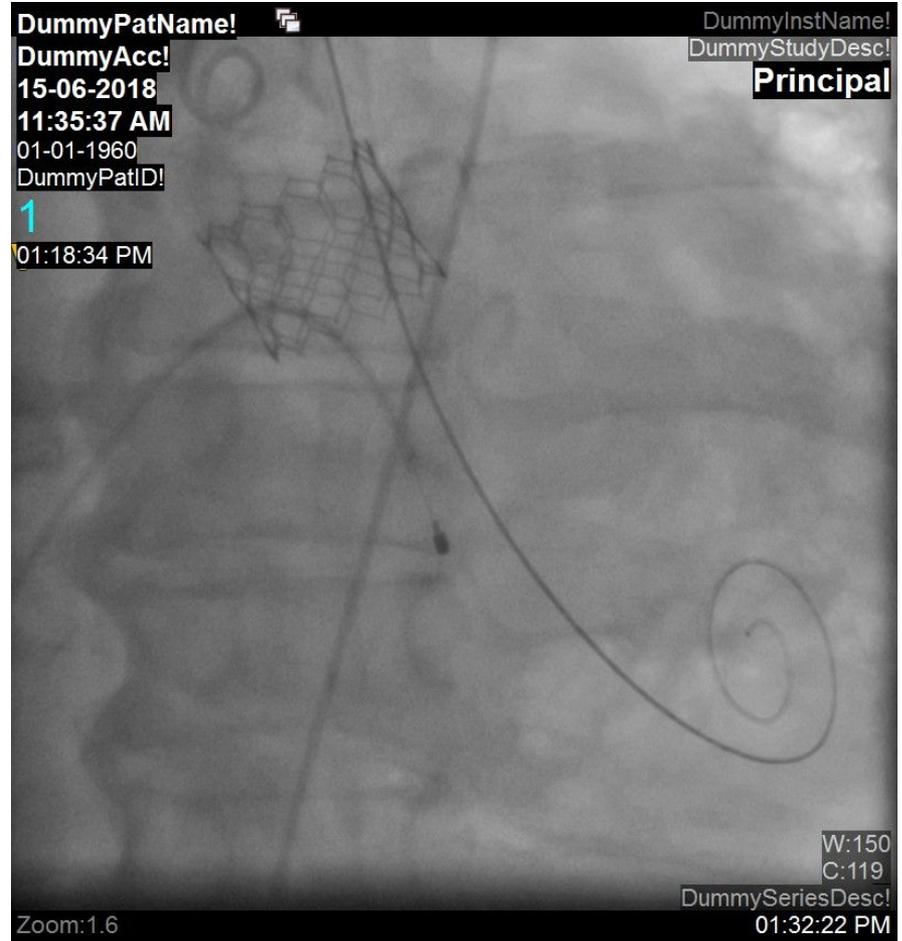
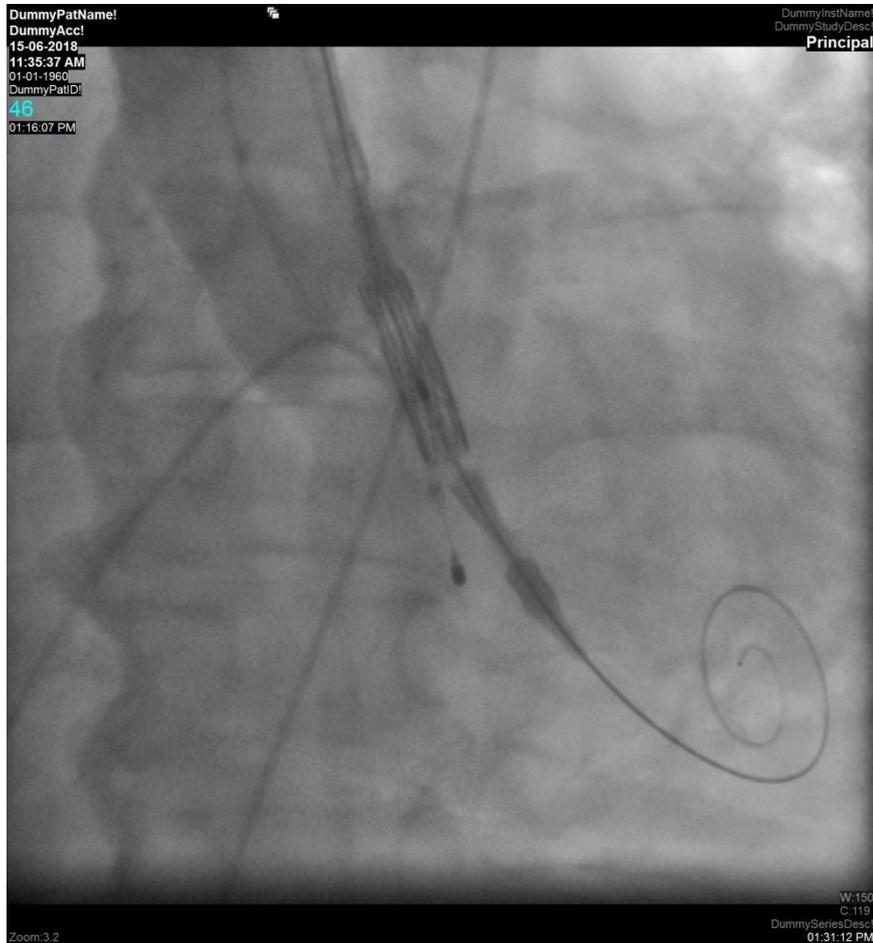
- Angio TAC: anillo aórtico con diámetro menor de 22 y mayor de 27 mm con diámetro derivado del area de 23,5mm.
- Calcificación leve de los tres velos
- Distancia superior a 12 mm desde el anillo aórtico a la salida de la CD y de la CI.
- Se decide implante directo de Sapien 3 nº 26 sin valvuloplastia previa por escasa calcificación.

Coronariografía pre TAVI



Se aprecia TCI corto sin Lesiones.

Posicionamiento y colocación de la TAVI



Síndrome coronario agudo tras 18 meses de la coronariografía pre-TAVI.



Lesión severa en Dg Dominante que se considera responsable

Tratamiento de la lesión responsable



Resultado final

- Se trata la lesión responsable (diagonal dominante) con predilatación e implante de stent farmacoactivo
- Queda pendiente el abordaje de la lesión del tronco común y Dg dominante.
- Se plantea dos opciones:
 - Cirugía mínimamente invasiva VS angioplastia de riesgo por ICP en el tronco común con calcificación del vaso