

**IMPLANTE DE VALVULA
PORTICO POR VIA
SUBCLAVIA IZQUIERDA**



Antecedentes personales, exploración física y pruebas complementarias

Paciente de 79 años de edad sin alergias, exfumador y sin antecedentes cardiológicos de interés.

Otros: Traqueotomía tras intervención de Ca. epidermoide de seno piriforme izquierdo. Actualmente sin evidencia de enfermedad. Isquemia arterial crónica MMII. En tratamiento con adiro y levotiroxina,

EA: Refiere disnea de moderados esfuerzos desde hace 4 meses que el día del ingreso, comienza con empeoramiento súbito y que se acompaña de dolor torácico opresivo, sin otra sintomatología de interés.

EF: TA: 155/80mmHg, Fc: 105lpm, SatO₂ 77% basal. AC: RsCsRs soplo sistólico aórtico IV/VI irradiado a carótidas. 2R borrado. AP: MVC con sibilancias dispersas.

GA: pH 7, pCO₂ 67 PO₂ 45. Resto de analítica anodina

ECG: Rs a 110lpm. HVI con repolarización secundaria

Rx de tórax: ICT conservado. Sin condensación ni derrame.

Evolución

El paciente ingresa en Unidad coronaria con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda grave, precisando VMNI. A pesar de lo cual, no presenta clara mejoría clínica ya que presenta varios episodios de broncoespasmo. Permanece hemodinámicamente estable, con resolución del pH y la insuficiencia respiratoria pudiendo retirarse la ventilación a los pocos días.

Se realiza ecocardiograma transtorácico objetivándose estenosis aórtica severa (ver figura 1) con válvula aórtica trivalva muy calcificada y desestructurada con FEVI severamente deprimida. Se intenta realizar ETE, siendo imposible introducir la sonda por patología previa de ORL.

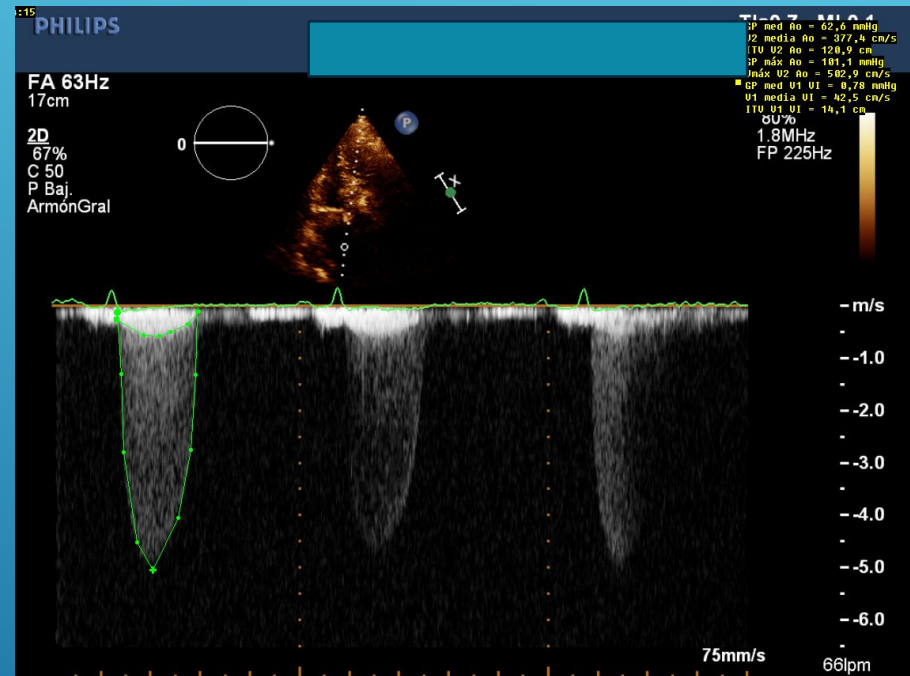


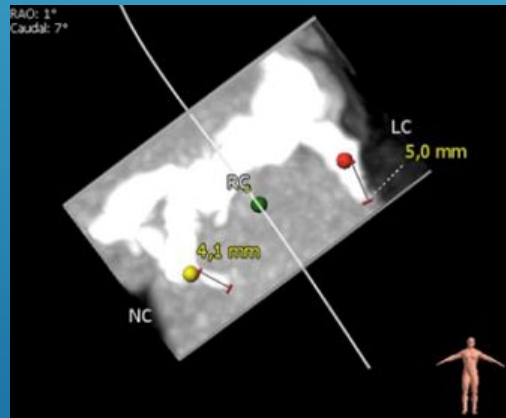
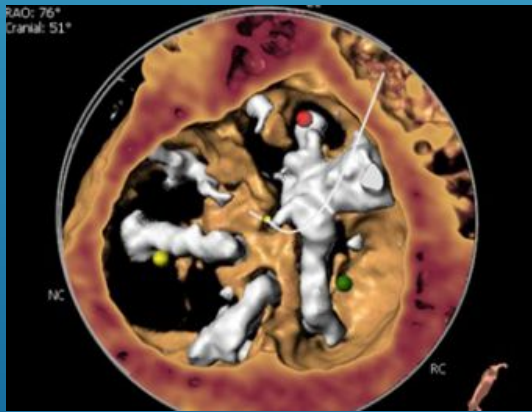
Figura 1: Ecocardiograma transtorácico que muestra la severidad de la estenosis aórtica

El paciente es presentado en sesión médico-quirúrgica decidiéndose, por sus antecedentes, implante de TAVI durante el ingreso.

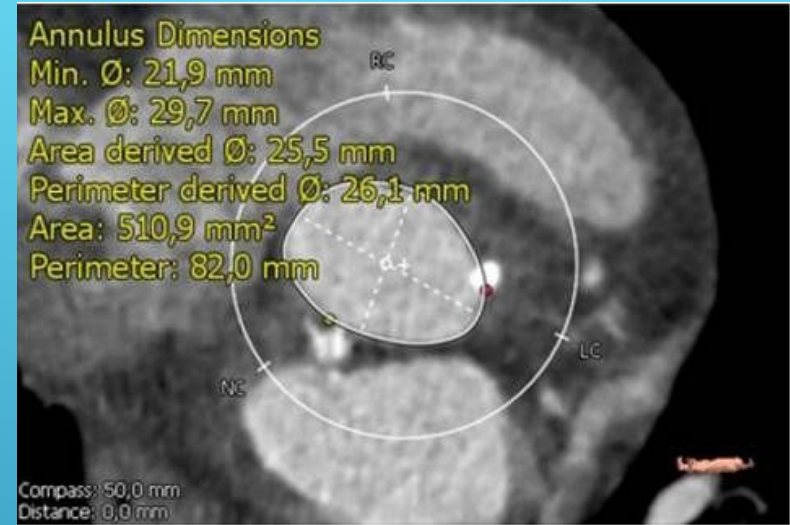
Estudio pre-TAVI

Cateterismo: Arterias coronarias sin estenosis significativas.

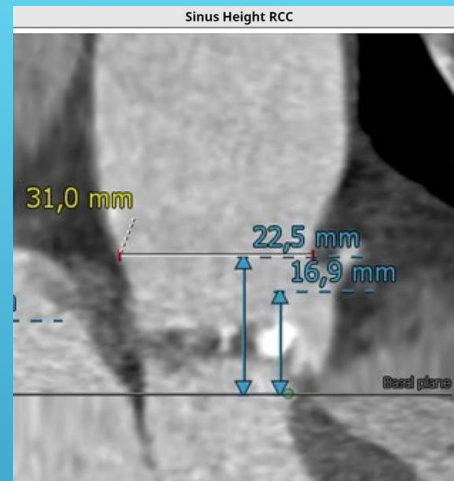
Tc cardiaco y AngioTc de aorta: El anillo valvular mide 29,7 x 21,9 mm. (ver figuras 4 y 5). Con un perímetro de 82 mm y un área: 5,10 cm². La raíz aórtica a nivel sinusal: 3,24 cm de ancho x 2 cm de alto. UST: 2,8 cm.



Figuras 2 y 3: Cortes sagital y axial respectivamente, a nivel de anillo valvular donde se evidencia la distribución del calcio.



Figuras 4 y 5: En la imagen superior se observan las medidas del anillo aórtico. En la imagen inferior se observan las medidas de la aorta a nivel de los senos de Valsalva.



Figuras 6 y 7: A la izquierda: salida de la CI y a la derecha salida de la CD.

En el TC se describen también (ver figuras de la izquierda) la altura de la salida de las coronarias previo al implante de la prótesis.

En cuanto a la aorta abdominal y accesos periféricos: Se aprecian múltiples placas calcificadas y de partes blandas en territorio iliofemoral, con una luz muy irregular y múltiples estenosis críticas, sobre todo en ilíaca común e ilíaca externa izquierda, donde en varios puntos deja de verse el paso de contraste. (Ver figuras 8 y 9).



Figuras 8 y 9: Se observan las múltiples irregularidades a nivel de las arterias ilíaca común e ilíaca externa izquierda

Procedimiento

Ante la imposibilidad de realizar implante transfemoral por la falta de accesos vasculares se decide intentar acceso por vía subclavia izquierda.

Tras incisión infraclavicular y apertura del surco deltopectoral se punciona la arteria subclavia izquierda colocando un introductor 18 F que se lleva hasta el cayado aórtico (Ver figura 10).

Se coloca un catéter pigtail en la raíz aórtica a través de un introductor 6 F femoral derecho. Se implanta marcapasos transitorio a través de vena femoral derecha.

Se realiza valvuloplastia con balón de 20 mm.

Posteriormente se despliega TAVI Portico® N° 29 que queda infraexpandida.

Se postdilata con balón de 26mm en múltiples ocasiones consiguiendo dilatación completa que tras el desinflado del balón, se retrae a la posición inicial. (Ver figuras 11-14)

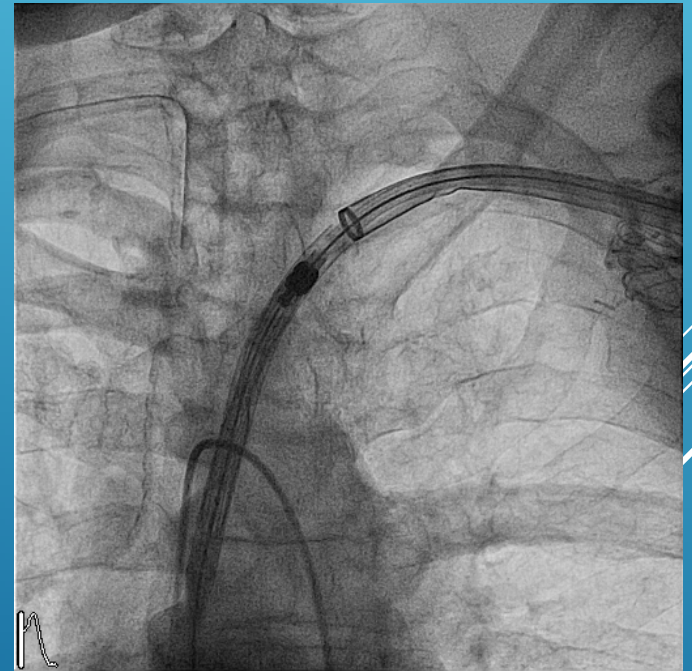
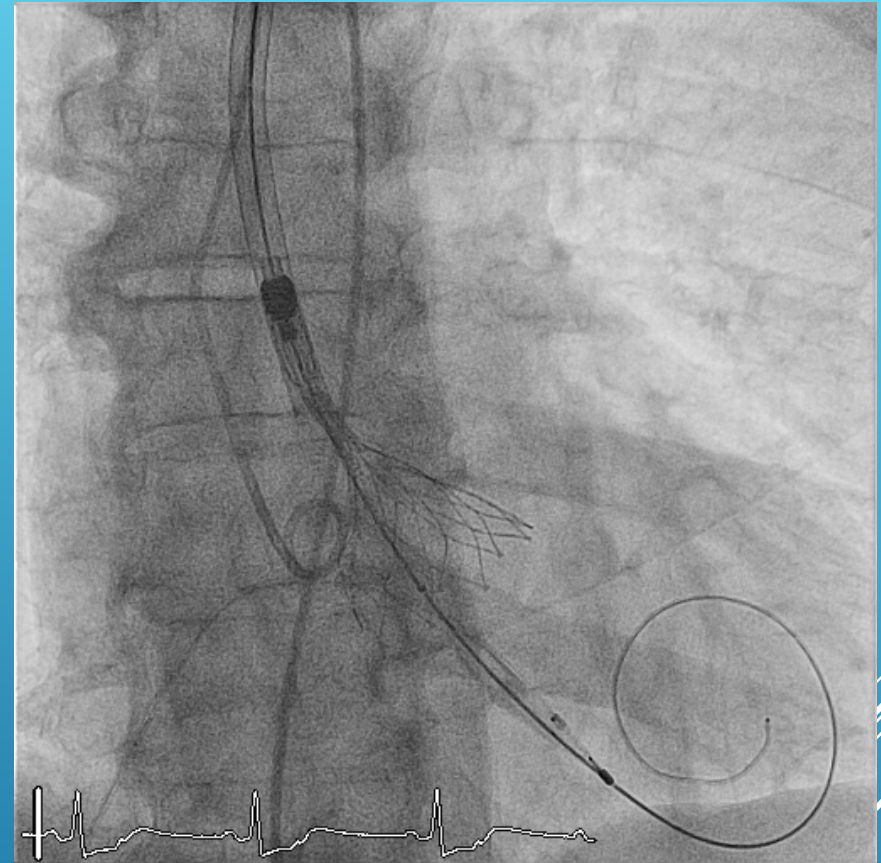
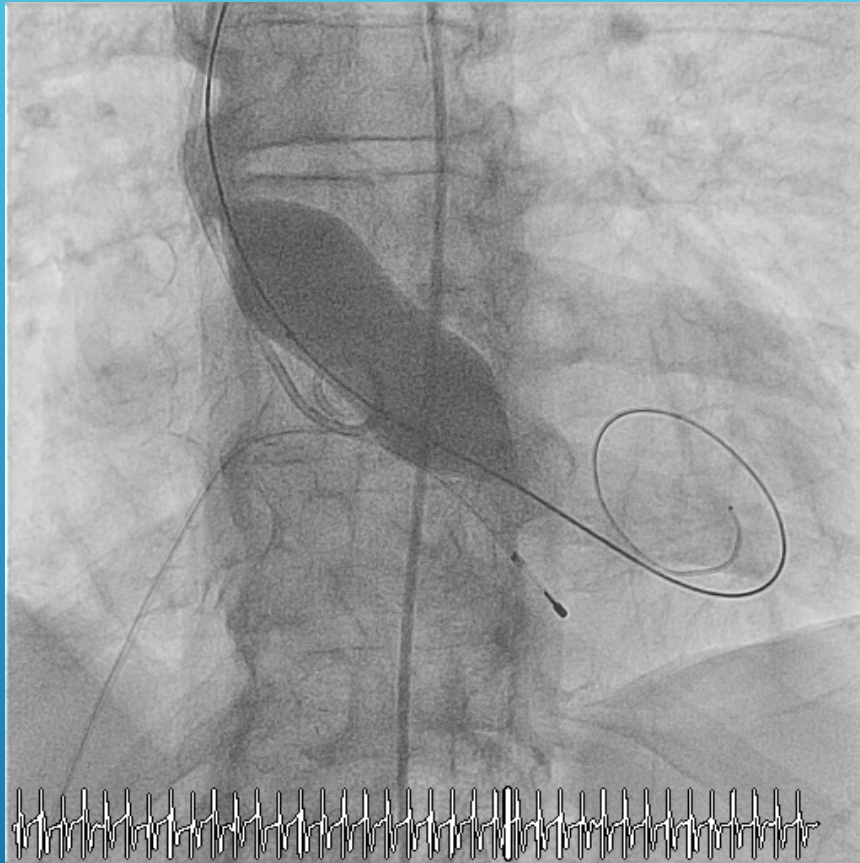
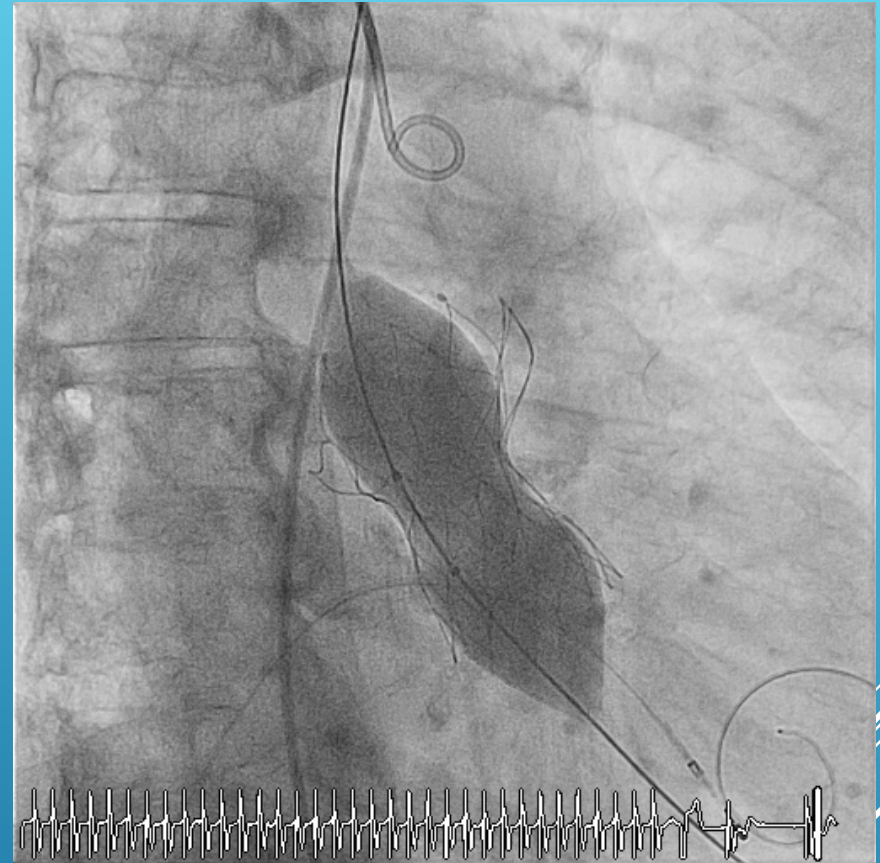
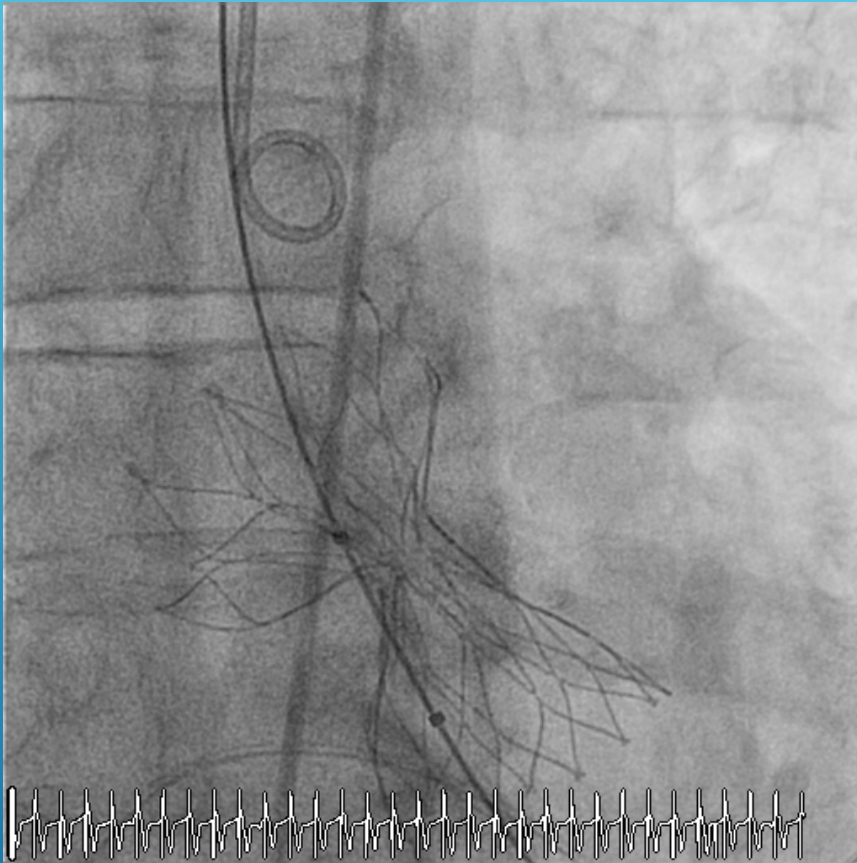


Figura 10: Introductor de 18 F colocado a través de a. Subclavia izquierda.

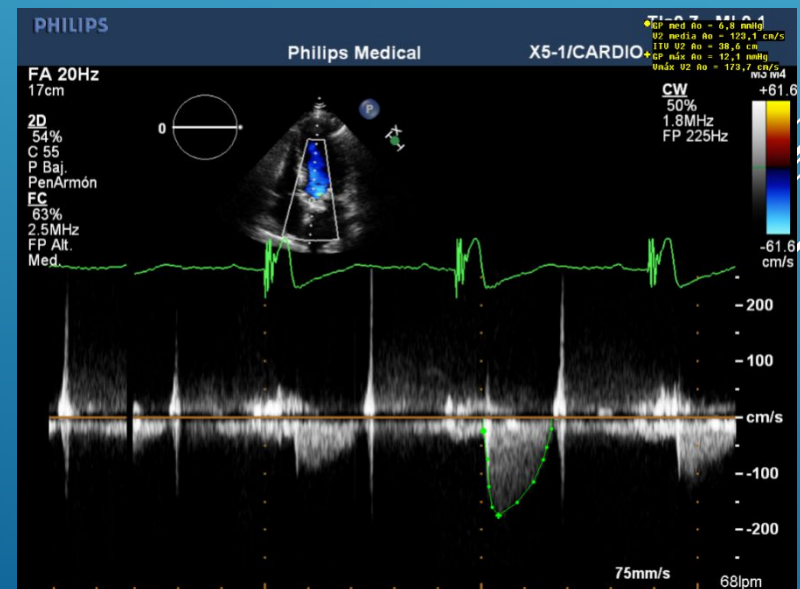
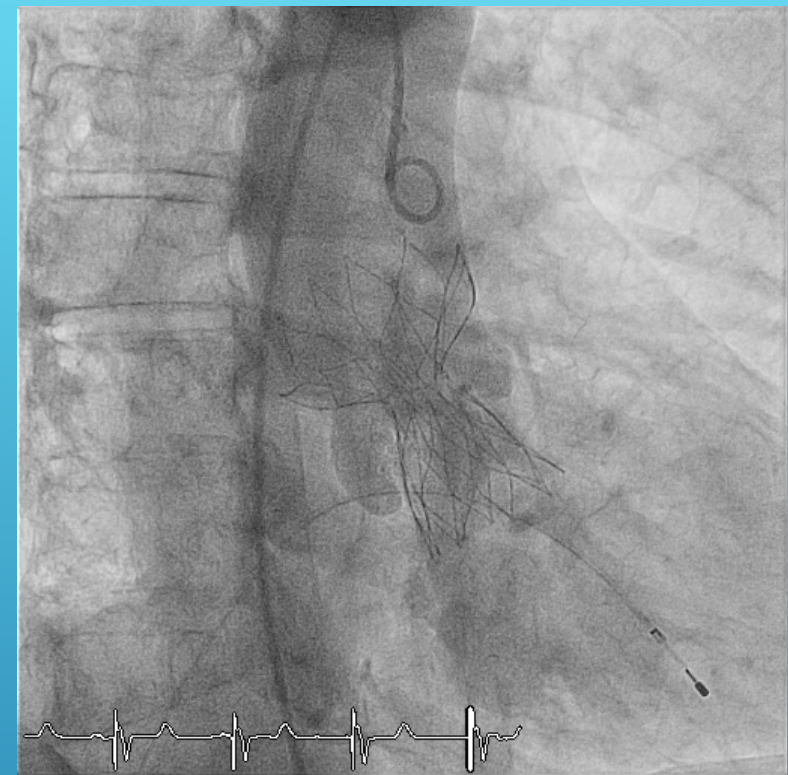
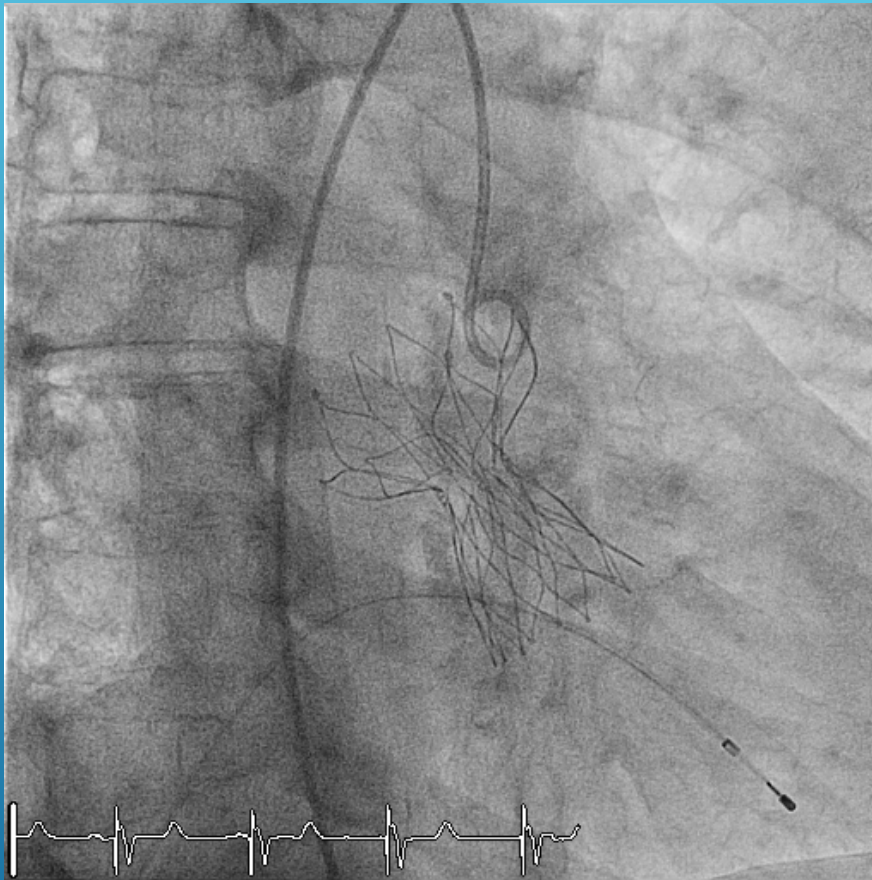


Figuras 11 Y 12: En la figura de la izquierda se muestra la valvuloplastia previa al implante con un balón de 20mm, mediada por rapid pacing. En la figura de la derecha se muestra la prótesis en el momento del despliegue.



Figuras 13 Y 14: En la figura de la izquierda se muestra el despliegue de la prótesis Portico® nº 29 aún sin postdilatar (se puede apreciar como queda muy infraexpandida debido al abundante calcio en el anillo.). A la derecha vemos la postdilatación con balón de 26mm.

Resultado final



Figuras 15, 16 y 17: A la izquierda observamos el resultado final tras varios intentos de postdilatación. Arriba a la derecha observamos la insuficiencia aórtica leve residual tras el implante. Abajo el ecocardiograma postimplante muestra gradiente medio protésico de 6,8mmHg e IAo leve.

Conclusiones

- El abordaje por vía subclavia es una alternativa razonable cuando el acceso femoral no es factible, como en el caso de nuestro paciente.
- Hay que vigilar que no se produzcan complicaciones debido a que se trata de un vaso considerablemente más pequeño para el introductor que utilizamos en intervencionismo estructural, y la angulación del mismo puede dificultar el abordaje.
- No olvidar que se pueden comprometer la arteria vertebral y prestar especial atención a pacientes con bypass de mamaria.
- Por otro lado, nunca habíamos tenido un caso en el que, a pesar de una adecuada predilatación y tras la postdilatación con un balón de tamaño mayor, no lográramos la correcta expansión de la prótesis.
- En nuestro caso, nos pareció razonable mantenerla implantada a pesar de que estaba claramente infraexpandida, ya que presentaba una insuficiencia aórtica leve por angiografía y disminuyeron considerablemente los gradientes tras el implante en el ecocardiograma que realizamos en la sala.
- Como conclusión, recordar que la valoración funcional en estos casos es, en efecto, más importante que el aspecto radiográfico de la prótesis.