

UNA SOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE UNA
COMPLICACIÓN VASCULAR TRAS
IMPLANTE DE TAVI

DR. LUIS MARÍA ANDRÉS LALAGUNA

ANTECEDENTES CLINICOS

- Mujer de 76 años. NO RAM
- Factores de riesgo cardiovasculares: HTA, DL.
- Diagnosticada de angina vasoespástica.
- Ecocardiograma doppler con estenosis aórtica severa.
- Presenta disnea y ángor 2/4 desde hace 1 año. Además, episodios de disnea paroxística nocturna.
- Coronariografía previa: dominancia derecha. Coronarias sin lesiones.

ECOCARDIOGRAFIA-DOPPLER

- Cavidades derechas no dilatadas. VD con buena función sistólica, TAPSE: 25 mm. Aurícula izquierda dilatada (Volumen: 44 ml/m²).
- Raiz aórtica normal. VI de diámetros dentro de la normalidad (Vld: 38 mm y Vls:23 mm), sin alteraciones de la contractilidad segmentaria y con buena función sistólica (FSVI: 65%).
- Válvula aórtica trivalva con signos degenerativos, engrosada y calcificada con estenosis grave [gradiente transvalvular máximo de 79 mm Hg y medio de 51 mm Hg, área valvular por ecuación de continuidad de 0,8 cm² e IVT(TSVI/VA): 0,24], sin insuficiencia.
- Válvula mitral de morfología normal, con buena apertura y sin flujos patológicos.

IMPLANTE DE TAVI

Vía femoral derecha, bajo sedación consciente, se libera con éxito en el anillo aórtico TAVI ACURATE neo2 tamaño M.

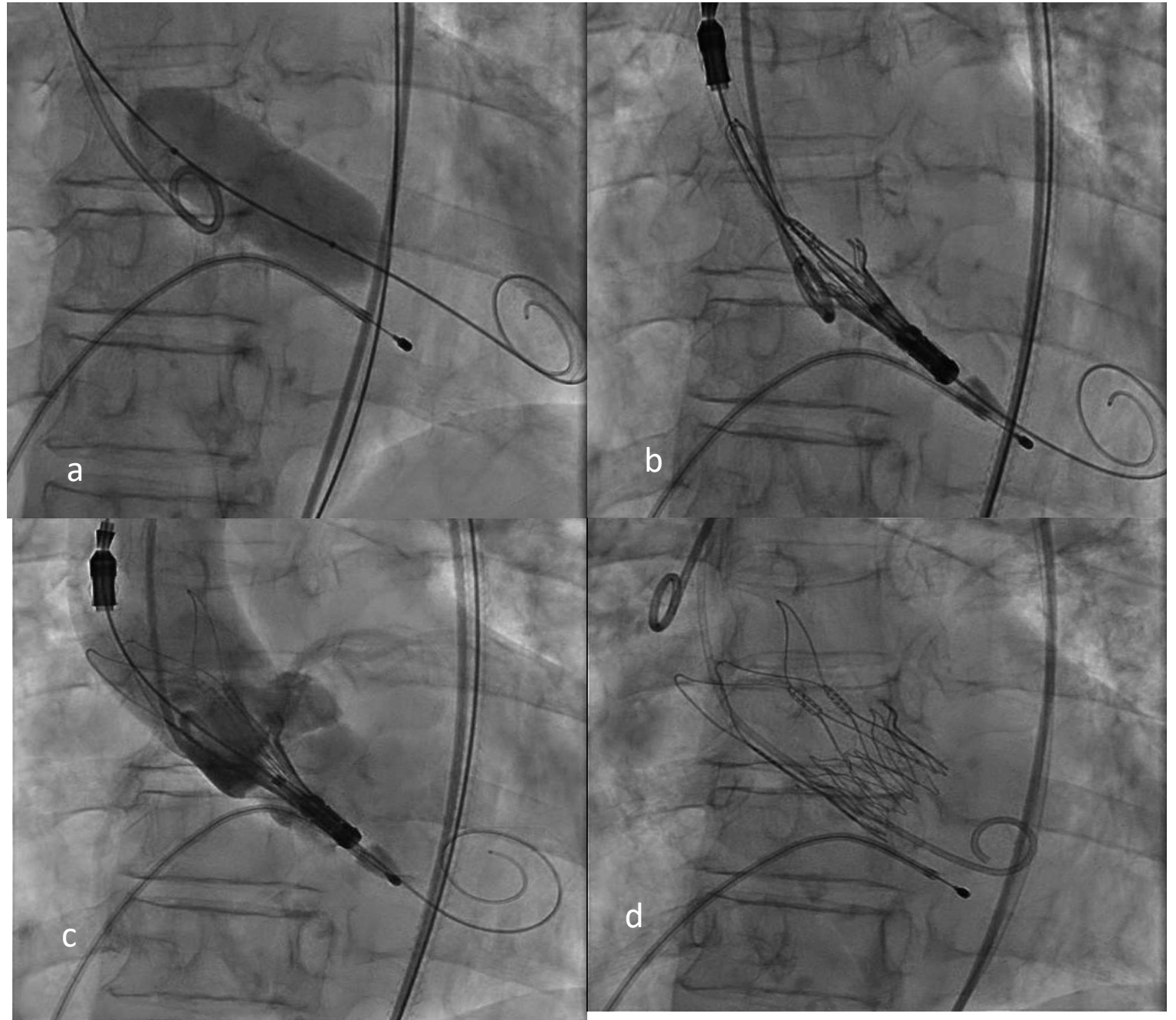
a: predilatación.

b: posicionamiento.

c: liberación.

d: TAVI liberada.

Comprobamos la ausencia de insuficiencia ni gradiente residual, así como de otras complicaciones cardiacas. Ausencia de alteraciones en la conducción AV.

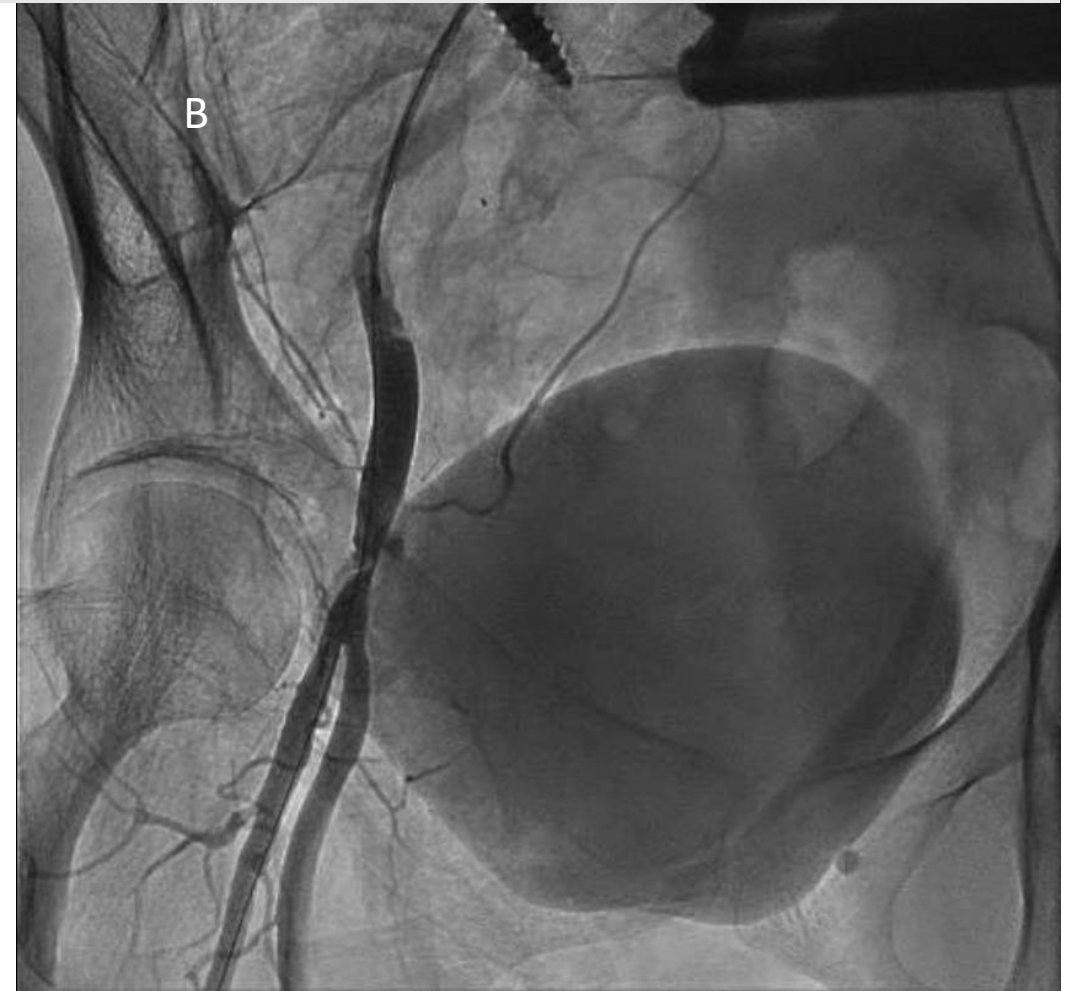
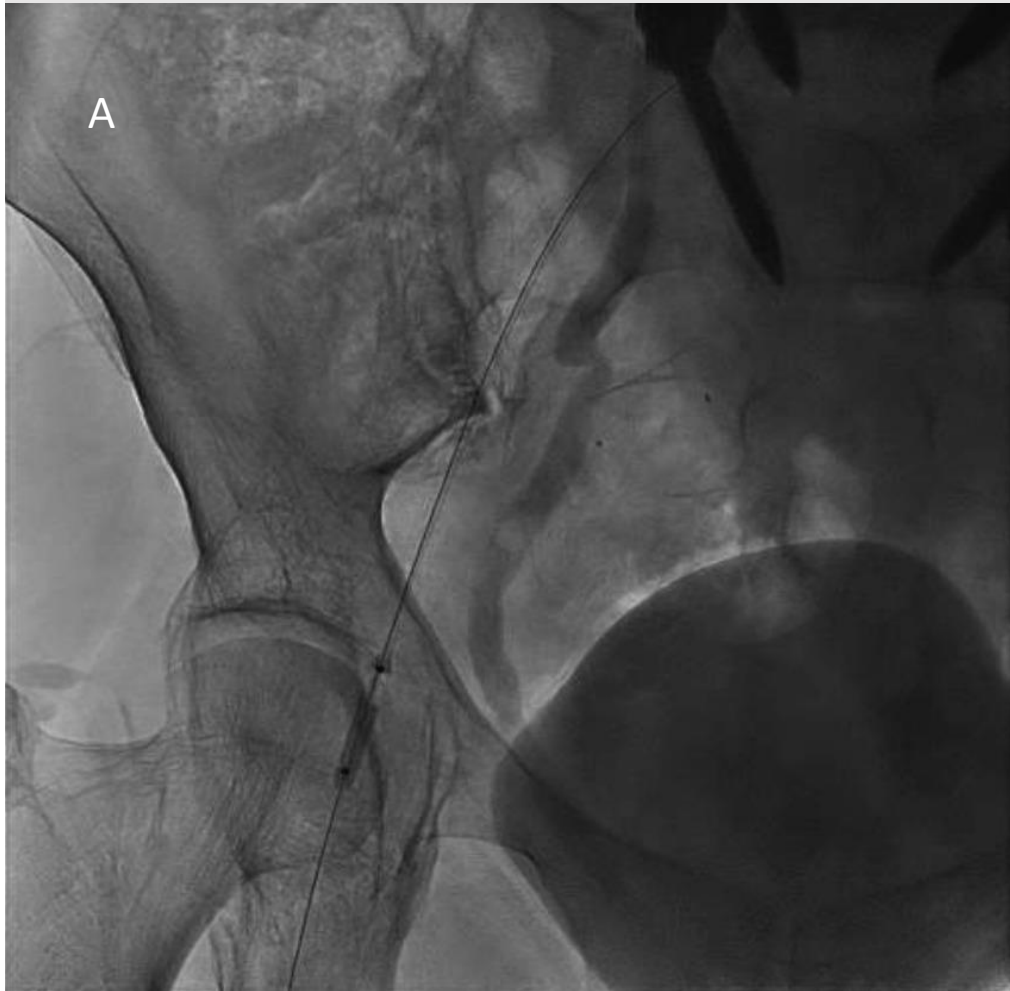


APARECE UNA COMPLICACIÓN VASCULAR

Tras el cierre femoral derecho con técnica de doble proglide, comprobamos en el control, la presencia de disección casi oclusiva a nivel de la femoral común derecha, inmediatamente proximal a la bifurcación de femoral superficial y profunda, con mínima fuga perivascular asociada y enlentecimiento de la perfusión distal.



A través de la guía V18, insertada desde la femoral izquierda, procedemos a dilatar la zona estenótica con balón NC Armada 35 de 4x20 mm de 80 cm a 8 atm (imagen A), con lo que se normaliza el flujo distal (imagen B).



OTW
OTW
OTW

Armada 35

PTA Catheter

REF B1040-020
4.0 mm x 20 mm x 80 cm

BALLOON BALLOON USAB CAT

REC MIN INTRO 5 Fr ID 1.78 mm

REC GW 0.035" 0.89 mm

NPR 8 atm 800 kPa

RBP 25 atm 2500 kPa

Balloon Compliance		
Pressure (atm)	Pressure (kPa)	Diameter (mm)
4	400	-
5	500	-
6	600	-
7	700	-
8	800	4.0
9	900	4.0
10	1000	4.0
11	1100	4.1
12	1200	4.1
13	1300	4.2
14	1400	4.2
15	1500	4.2
16	1600	4.3
17	1700	4.3
18	1800	4.3
19	1900	4.4
20	2000	4.4
21	2100	4.4
22	2200	4.4
23	2300	4.5
24	2400	4.5
**25	2500	4.5
26	2600	-
27	2700	-
28	2800	-

2021-10-06

STERILE R ONLY

CE 2797

WPL2122244-03 (2019-02-18)

Abbott Vascular
3200 Lakeside Drive
Santa Clara, CA 95054 USA
TEL: (800) 227-9902 FAX: (800) 601-8874
Outside USA TEL: (951) 914-4669
Outside USA FAX: (951) 914-2531

EC REP
Abbott Vascular International BVBA
Park Lane, Culliganlaan 2B
1831 Diegem, BELGIUM
TEL: + 32 2 714 14 11
FAX: + 32 2 714 14 12
Product of Costa Rica

Abbott Vascular Armada 35 4.0 mm x 20 mm x 80 cm
REF B1040-020 LOT 11006G1 OTW

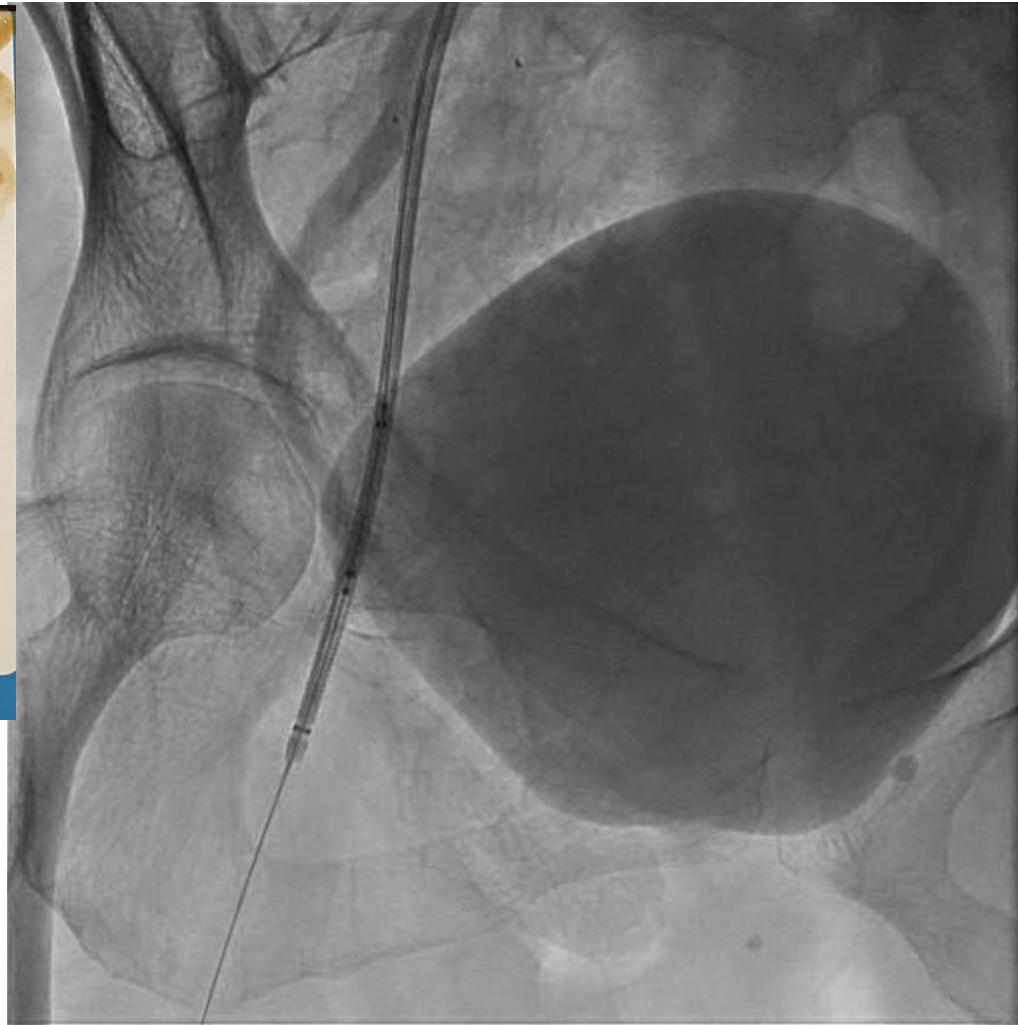
Abbott Vascular Armada 35 4.0 mm x 20 mm x 80 cm
REF B1040-020 LOT 11006G1 OTW

Abbott Vascular Armada 35 4.0 mm x 20 mm x 80 cm
REF B1040-020 LOT 11006G1 OTW

(01) 0 8717648 15450 8

(17) 250331 (10) 11006G1 (91) 3272

2021-10-06 2025-03-31

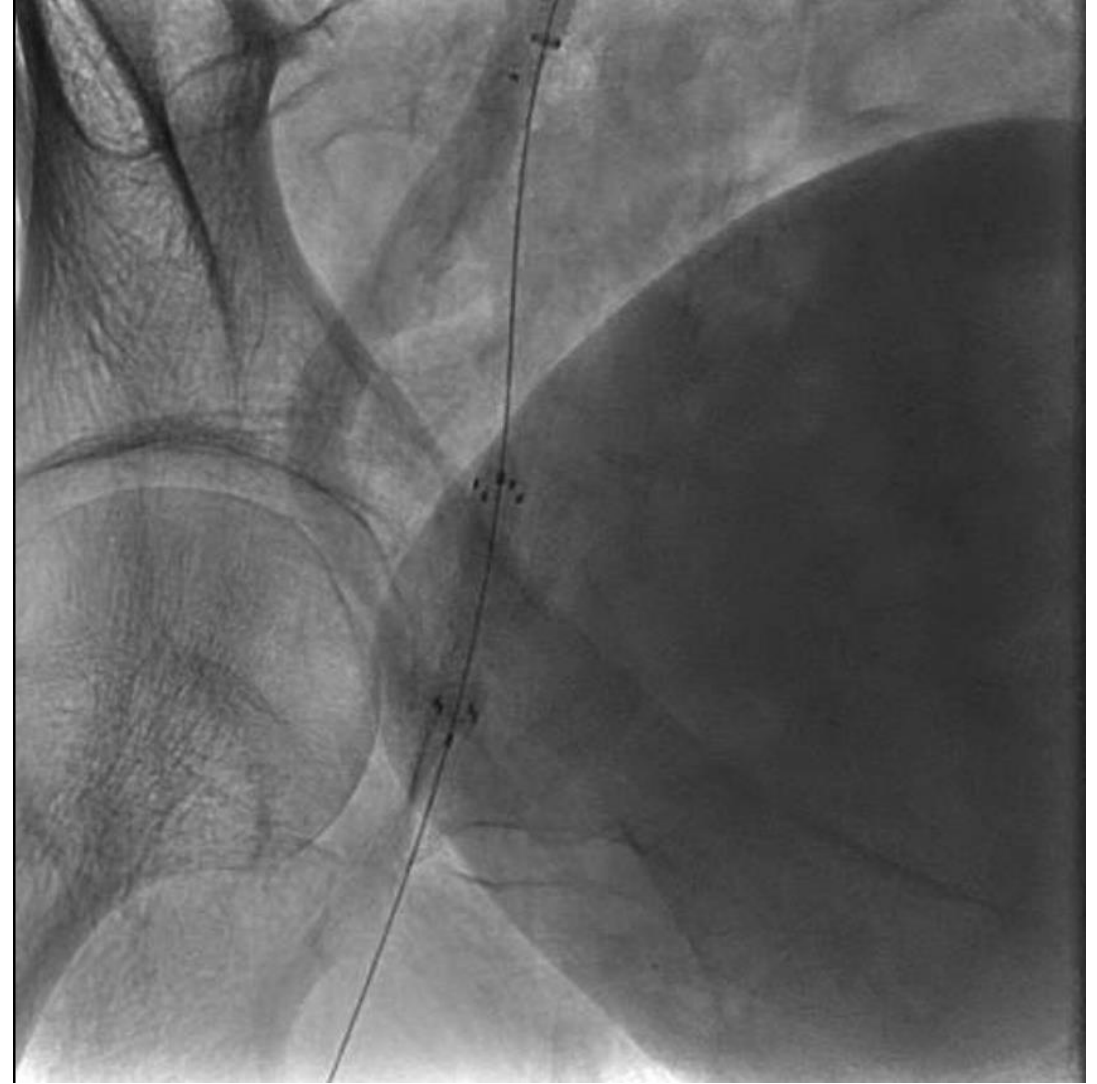


Como se persiste imagen de flap intimal, a contracorriente, con pequeña fuga a nivel de la estenosis, decidimos tto con stent cubierto.

Libramos stent autoexpandible de
 GORE VIABAHN de 6 mm x 2,5 cm
 6FR a través de vaina TERUMO
 Destintación de 7F y 90 cm



Para optimizar el resultado inicial (imagen A), lo postdilatamos con balón Sterling 5x40 mm, en este último caso a través de vaina destination 7F de 45 cm de terumo (imagen B)



RESULTADO FINAL

Como se puede ver en la imagen, finalmente se consigue un buen calibre en la zona de la disección, sin fugas perivasculares y con muy buen relleno distal, con lo que damos por finalizado el tratamiento percutáneo de la complicación.

Añadimos AAS al tratamiento oral del paciente.



DISCUSIÓN

Las complicaciones vasculares después del implante TAVI, pueden tratarse por lo general por vía percutánea. Se trata de un procedimiento de rescate con una alta tasa de éxito técnico, siendo los resultados clínicos comparables a los de los pacientes sin complicaciones vasculares. La permeabilidad del stent es alta durante el seguimiento, aunque las fracturas del stent requieren un escrutinio cuidadoso¹.

Presentamos un caso que ilustra esta afirmación, y que muestra que los cardiólogos intervencionistas precisamos una formación y adiestramiento en el manejo percutáneo de las complicaciones vasculares, lo que no es un impedimento para requerir de la ayuda de los cirujanos vasculares en caso de que la vía intervencionista no sea la opción de tratamiento más adecuada.

1.- JACC Cardiovas Interv. 2012 May;5(5):515-524. doi: 10.1016/j.jcin.2012.01.021