



# TAVI TRANSAÓRTICA



# CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años de edad.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

-FRCV: HTA, DLP, exfumadora.

-A. Cardiológicos:

- FA permanente
- Valvulopatía mitroaórtica reumática: SVM por prótesis mecánica (feb- 2014). Eao ligera-moderada.
- CI: SCASEST (nov-2016), coronarias sin lesiones significativas → discinesia apical transitoria. Prótesis normofuncionante. EAo moderada. FEVI conservada.

-Otros antecedentes:

- EPOC leve
- Hipotiroidismo subclínico
- Úlcus gástrico
- Ingreso en MI (feb-2016): bacteriemia por E.coli de probable origen urinario.
- Ingreso en CE (abril-18): infección respiratoria con leve descompensación de IC.
- Vascular:
  - ✓ Múltiples revascularizaciones a nivel ilíaca externa izquierda y derecha, femoral común y superficial derechas e izquierdas.
  - ✓ Sutura arterial amputación digital de 1-2-3 dedos de MID.
  - ✓ Amputación digital de 1-2-3 dedos de MID.
  - ✓ Reestenosis severa de ilíaca externa distal derecha pendiente de cirugía.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

- La paciente acude a revisión → disnea en CF III.
- ETT: VI de tamaño y FEVI normal. EAo muy severa (AVA 0,5 cm<sup>2</sup>; gradiente medio de 51,7 mmHg). Prótesis mitral normofuncionante. VD de tamaño y función normal. IT moderada. Datos indirectos de HTP severa.

## Estudio pre-quirúrgico:

- PFR: alteración ventilatoria obstructiva leve, afectación moderada de la difusión.
- D-TSA: placas calcificadas en ambas bifurcaciones carotídeas sin repercusión hemodinámica.
- Cateterismo cardíaco: Coronarias sin lesiones angiográficas.

Presentada en SMQ → inicialmente aceptada

TC aórtico → Se desestima cirugía abierta.

Opciones:

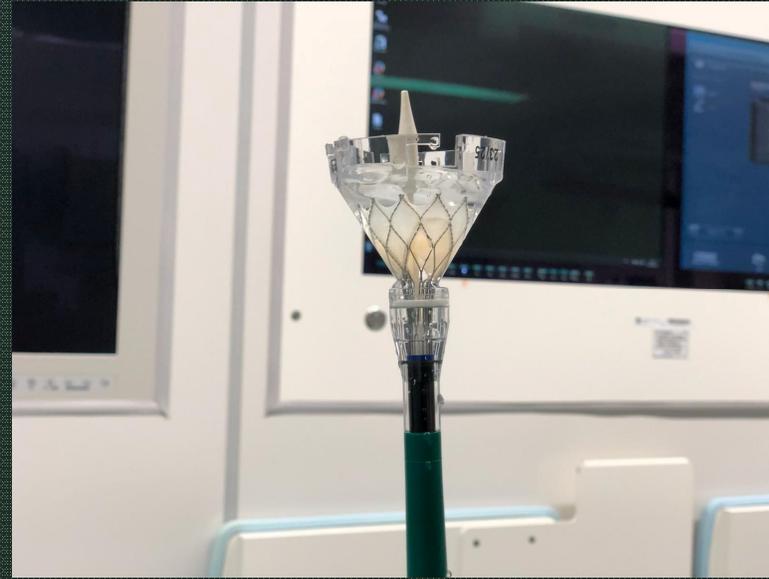
- TAVI transfemoral → No accesos
- TAVI subclavia → No accesos
- TAVI transapical (CC)



**TAVI TRANSAORTA ABDOMINAL + ANGIOPLASTIA DE REESTENOSIS INTRASTENT ILÍACA DERECHA  
(CARDIOLOGÍA + C. VASCULAR)**

EVOLUCIÓN:

19/9: Intervención programada:



## Evolución en UCI:

-Inestabilidad hemodinámica → soporte vasoactivo y MCP temporal → recuperación posterior de ritmo propio.

-Anamización → transfusión de 5 CH

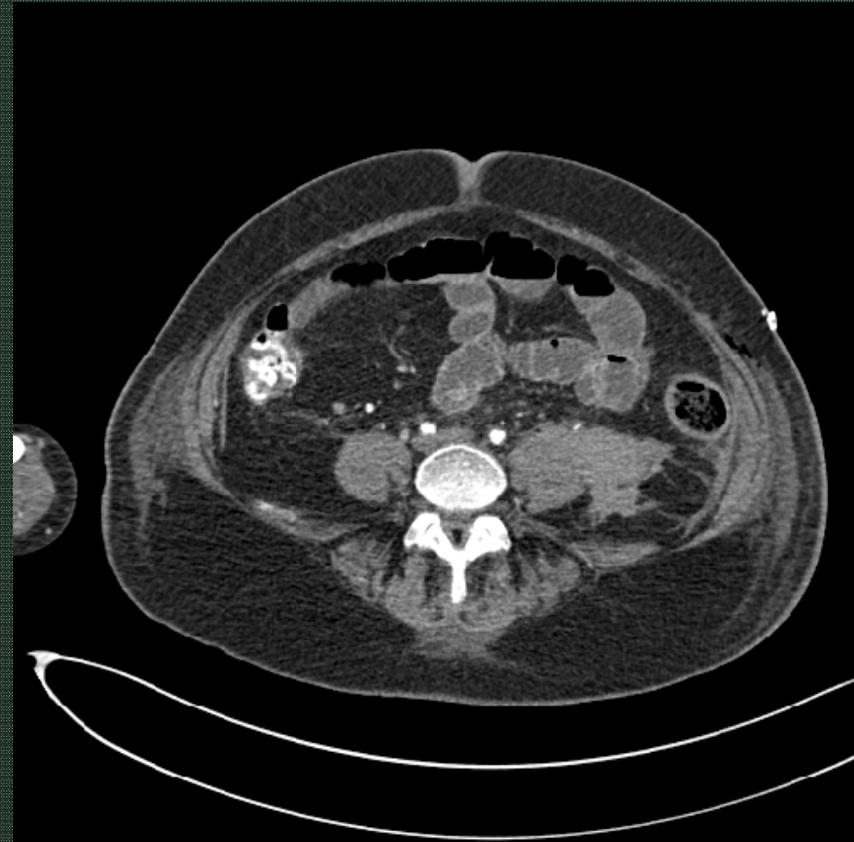
-Suspensión de fármacos vasoactivos

-48H de ingreso:

Dolor y distensión abdominal.

Aumento LDH y lactato.

TC



Insuficiencia renal oligoanúrica multifactorial → HDFVVC

Sepsis grave de origen urinario por *citrobacter freundii*

Insuficiencia respiratoria → VMNI

A los 12 días de ingreso en UCI :

Acidosis metabólica, aumento de necesidad de soporte ventilatorio y hemodinámico

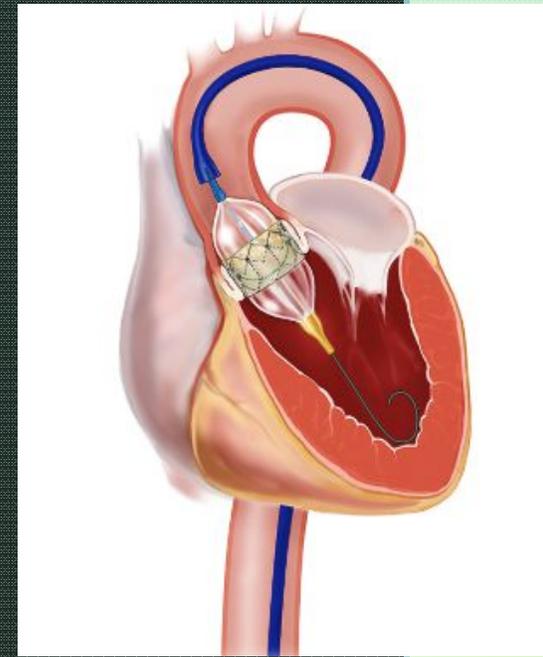
→ PCR por disociación electromecánica → Éxitus

# DISCUSIÓN

## ACCESO TRANSFEMORAL

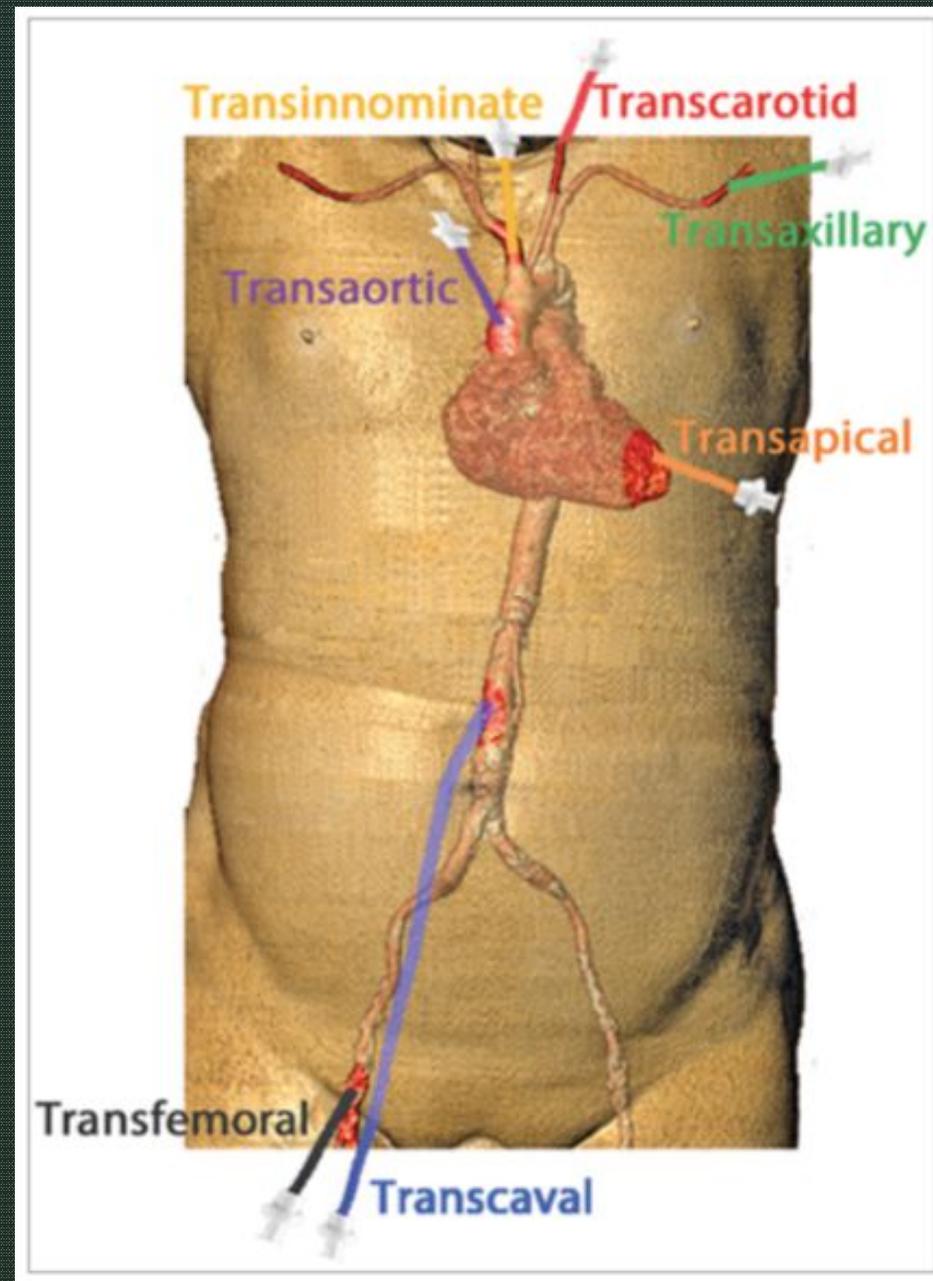
- Acceso standard y de preferencia<sup>1</sup>.
- Menos invasivo, no requiere anestesia general, rápida recuperación<sup>1</sup>.
- 1/3 de los pacientes no son candidatos<sup>2</sup>.
- Principales contraindicaciones: tamaño (5,5 mm) y tortuosidad del vaso<sup>2</sup>.

→ Nuevos abordajes en respuesta al aumento de pacientes con contraindicación para el acceso habitual.

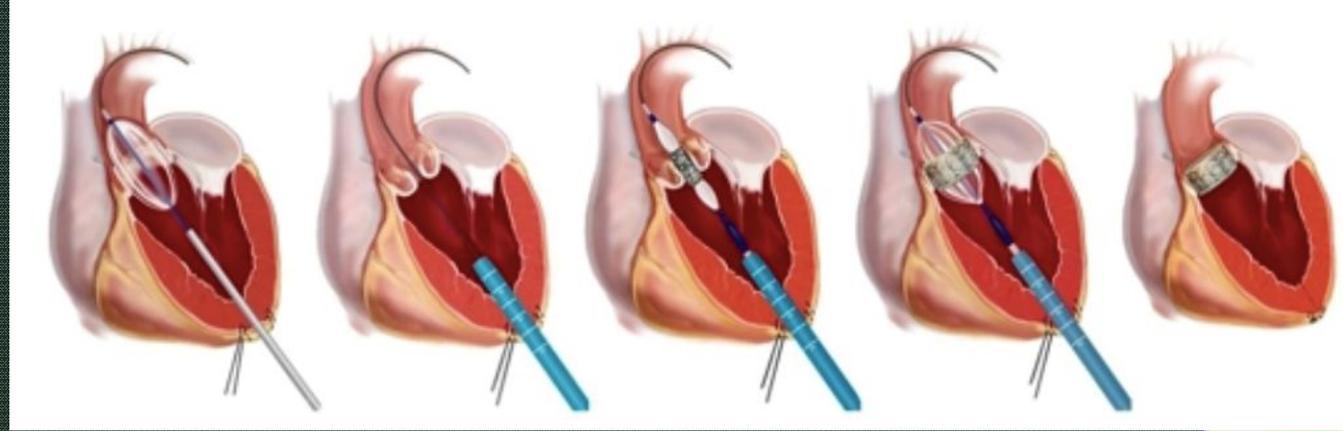


1. *J Thorac Dis* 2018;10(7):4505-4515
2. *Intervent Cardiol Clin* 2015;4:95-105.

# ACCESOS



# ACCESO TRANSAPICAL



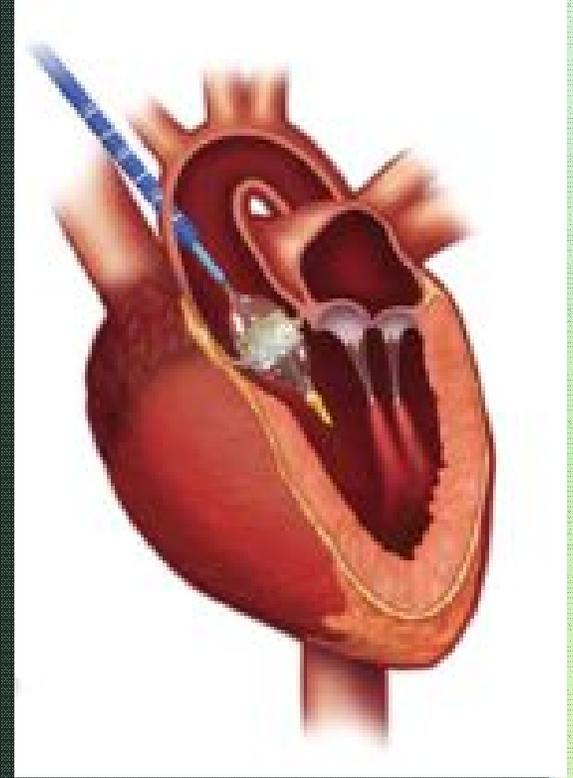
- Ha sido el procedimiento de elección en aquellos con contraindicaciones para transfemoral<sup>1</sup>
- Contraindicación relativa si FEVI <15-20%<sup>1</sup>
- Se prefieren otros accesos por complicaciones
- Estudios observacionales y registros → mayor mortalidad vs TF<sup>3</sup>

1. *J Thorac Dis* 2018;10(7):4505-4515

3. *JACC Cardiovasc Interv.* 2015;8:657-69

# ACCESO TRANSAÓRTICO

- En aumento
- Sitio de entrada → aorta ascendente
- Requiere esternotomía o minitoracotomía.
- Cointraindicado si aorta en porcelana<sup>4</sup>
- Transaórtico vs TF: mayor mortalidad a los 30 días, mayor ictus y sangrados mayores aunque menores complicaciones vasculares de forma significativa<sup>5</sup>.



4. J Card Surg 2015;30:381-90

5. Ann Thorac Surg. 2018;105:484-90.

# ACCESO TRANSINNOMINADA

- Pequeñas series de pacientes → La mayor 30 pacientes → no efectos adversos relevantes.

# ACCESO TRANSAXILAR/SUBCLAVIO

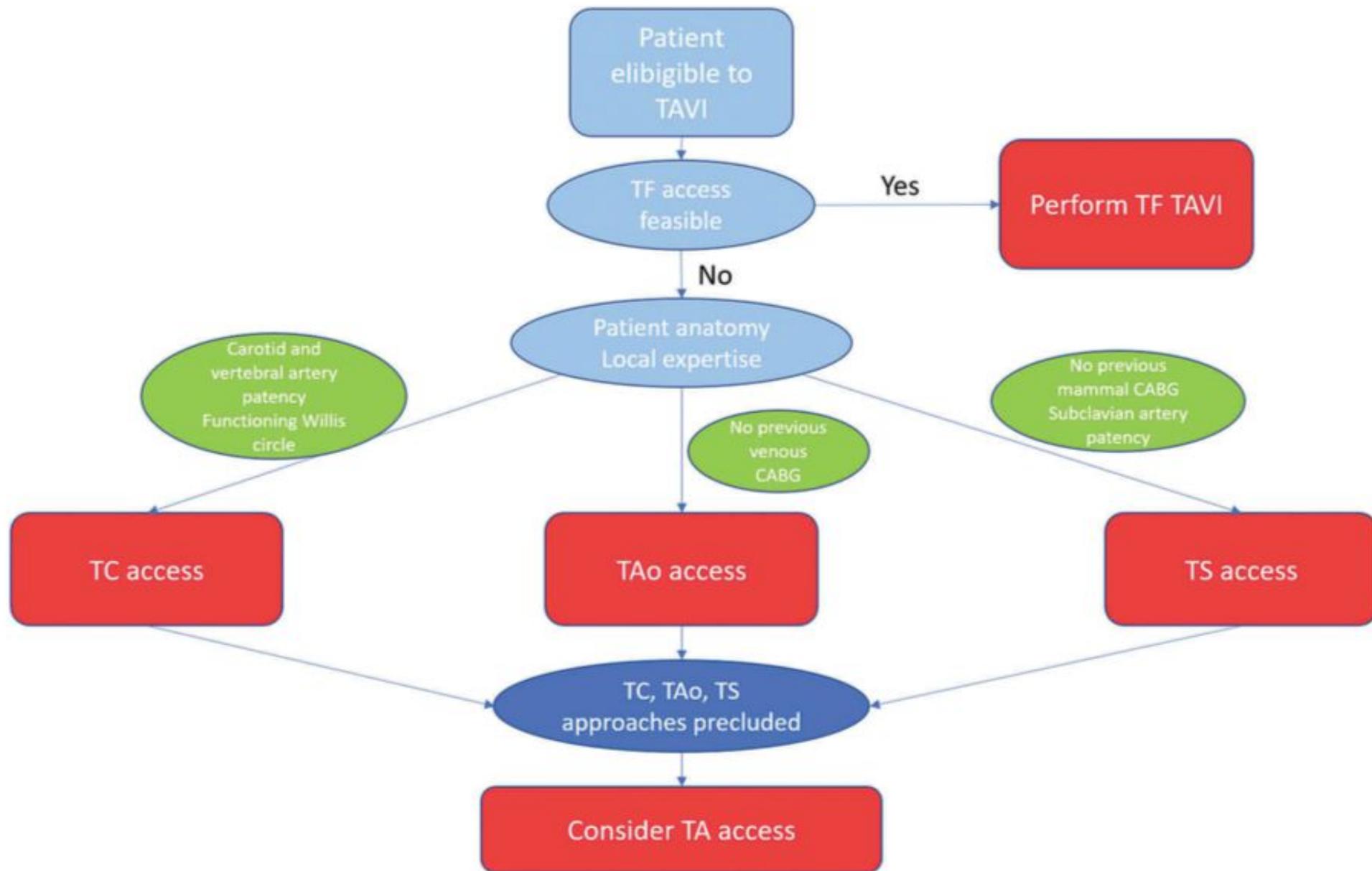
- Procedimiento percutáneo → axilar
- Limitaciones por diámetro (>6 mm), calcificación y tortuosidad
- Metanálisis: 618 pacientes Tax y 3886 pacientes TF → no diferencias en mortalidad a los 30 días, ictus, sangrados mayores o complicaciones vasculares a pesar de presentar mayor EuroSCORE y enfermedad coronaria y vascular periférica en el grupo Tax <sup>6</sup>

# TRANSCARÓTIDA

- Estudios observacionales.
- No descritas complicaciones mayores a nivel vascular.
- No comparaciones con TF

# TRANSCAVA

- Acceso a aorta abdominal a través de cava inferior
- Pacientes con extremado riesgo por otros accesos. Experimental.
- Estudio prospectivo observacional → 100 pacientes → éxito en el 98%. Mortalidad a los 30 días 8%, ictus 5%, complicaciones vasculares 19,2%, sangrado mayor 12,1% <sup>7</sup>
- No comparaciones con TF



# CONCLUSIONES:

- Acceso femoral de elección.
- Nuevos abordajes para pacientes con contraindicación para TF
- Transaórtica, trancarótida y transubclavia los más utilizados
- Ausencia de datos comparativos → elección por Heart Team
- No descritos casos previos de abordaje transaorta abdominal
- En nuestro caso: necesidad de TAVI + angioplastia ilíaca derecha

