

# VALVE IN VALVE TRICUSPÍDEO CON PRÓTESIS MELODY

Dr. Luis M<sup>a</sup> Andrés Lalaguna

# ANTECEDENTES CLÍNICOS

## CARDIOPATÍA CONGÉNITA: ANOMALÍA DE EBSTEIN + COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

- Cierre quirúrgico de CIA en 1996.
- Síndrome de WOLF-PARKINSON-WHITE con taquicardia supraventricular aberrada en Septiembre de 2011. Se realizó Estudio Electrofisiológico y ablación de vía accesoria postero-lateral derecha.
- Episodio de AC X FA en 2011.
- RM CARDÍACA pre CCV: Anomalía de Ebstein intervenida, con FEVD 15% y gran atrialización del VD.
- Corrección QUIRÚRGICA de la anomalía de Ebstein (Tipo C) con Técnica de Carpentier el 26/01/2012, asociado a crioablación de vía accesoria postero-lateral derecha y de taquicardia auricular.
- 2 nuevos estudios EEF, el último en JUNIO/2013, con nuevo episodio de ablación. (Taquicardia auricular incisional auricular derecha, con ablación con sistema CARTO).
- En el seguimiento:
  - Insuficiencia tricuspídea severa. (Área de del orificio regurgitante de 2.8cm<sup>2</sup> , VR entre 40 y 50 ml)
  - Dilatación leve de AD y moderada-severa de VD.
  - Disfunción moderada ventricular derecha.

El 8/01/2016, se realiza nueva CIRUGÍA: Apertura de aurícula derecha por la atriotomía previa, Se procede a explantar el anillo protésico previo (anillo tipo Carpentier), se resecan los velos, reimplantando parte del aparato subvalvular ticuspideo sobre su anillo nativo.

Se procede a implantar una **prótesis biológica porcina del número 29 (Mosaic ultraporcine)** en posición tricúspide mediante puntos de tycron en U con pletge que queda en la vertiente ventricular.

Como complicación evolutiva presenta AC X FA, en tratamiento con AMIODARONA IV.  
En ECG del 7/01/2015 estaba en ritmo sinusal. El 13/01/2015 se realiza CVE con ETE previo.  
Tratamiento con SINTROM.

2018: EF II/IV para la disnea.

ECOCARDIOGRAFÍA 2018

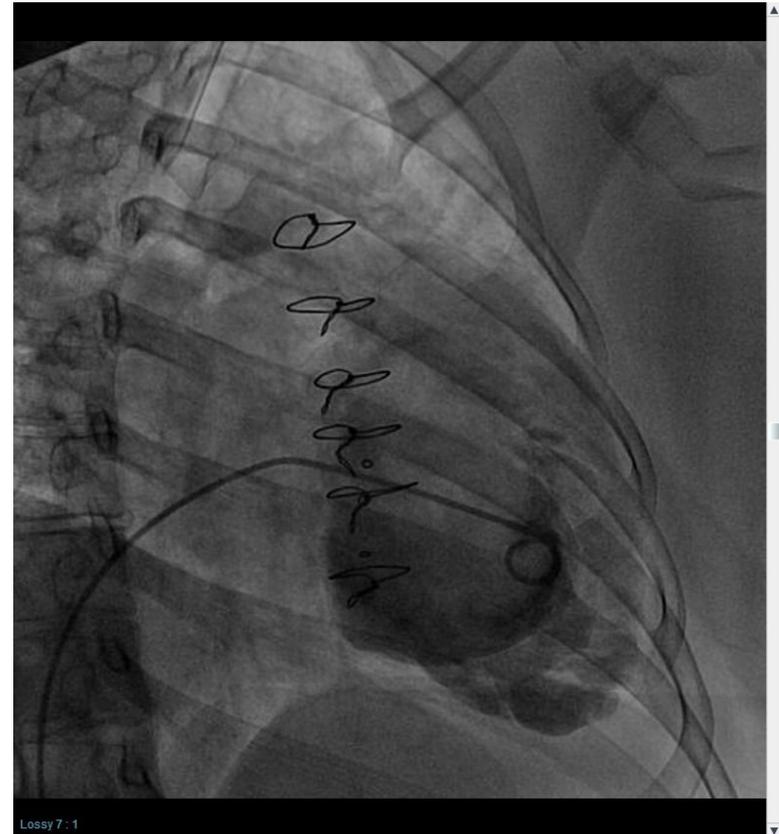
- Válvula tricúspide: prótesis biológica con gradiente medio en espiración de 4 mmHg y en inspiración 5 mmHg. Insuficiencia intraprotésica significativa (probablemente severa).
- Ventrículo derecho: dilatado con depresión severa de su función visualmente (TAPSE 16 mm por mejor preservación del segmento basal, no representativo).

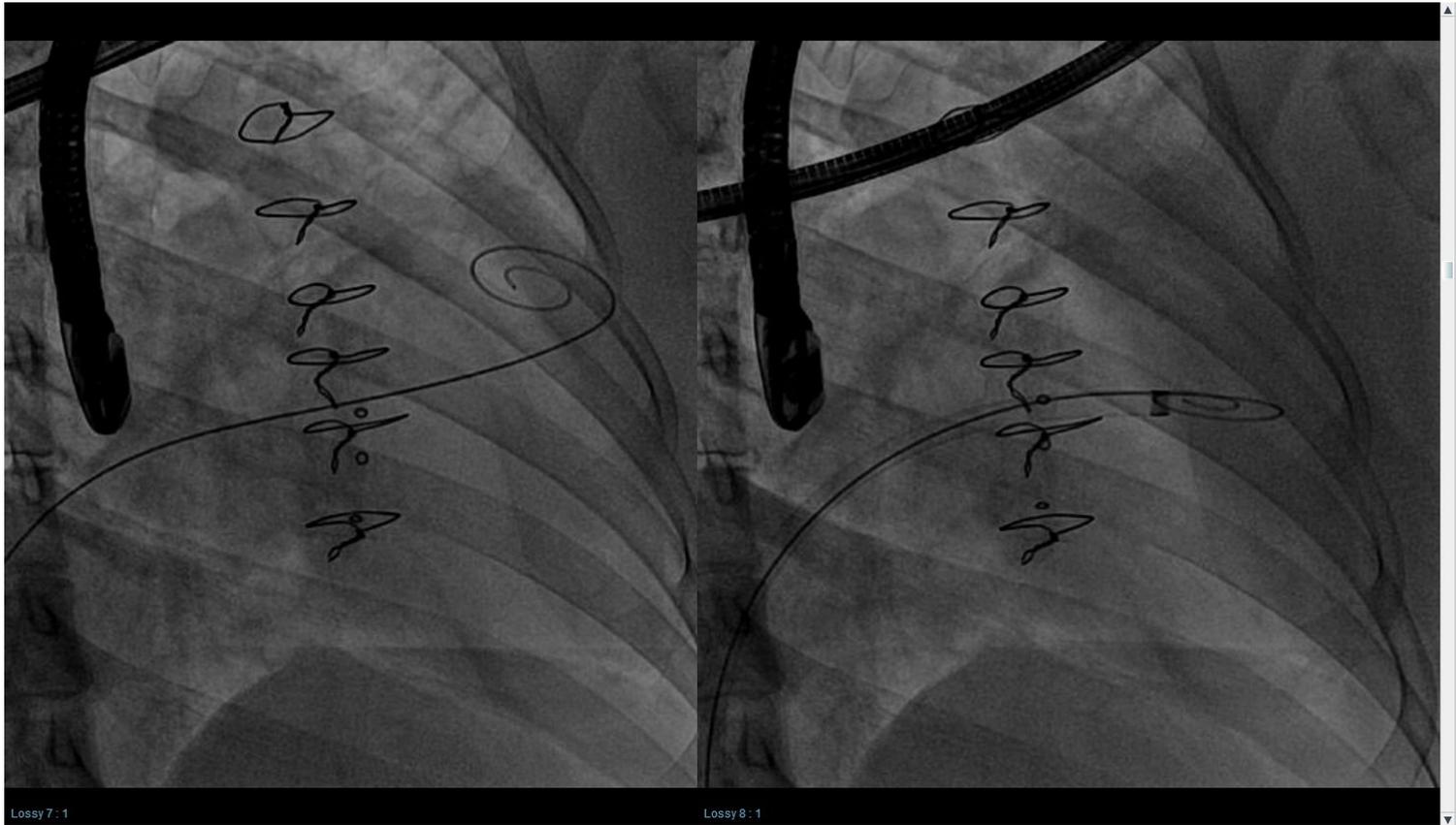
Se propone en sesión médico-quirúrgica para valve in valve tricuspídeo.

# PROCEDIMIENTO



Vía femoral derecha y bajo control ecocardiográfico transesofágico realizamos ventriculografía derecha atravesando la prótesis Mosaic ultraporcine del 29 con catéter pigtail 6F montado sobre fúa teflonada convencional. Se aprecia dilatación importante del VD, con zona aquinética a nivel del tracto de entrada que debe de corresponderse con el VD atrializado.

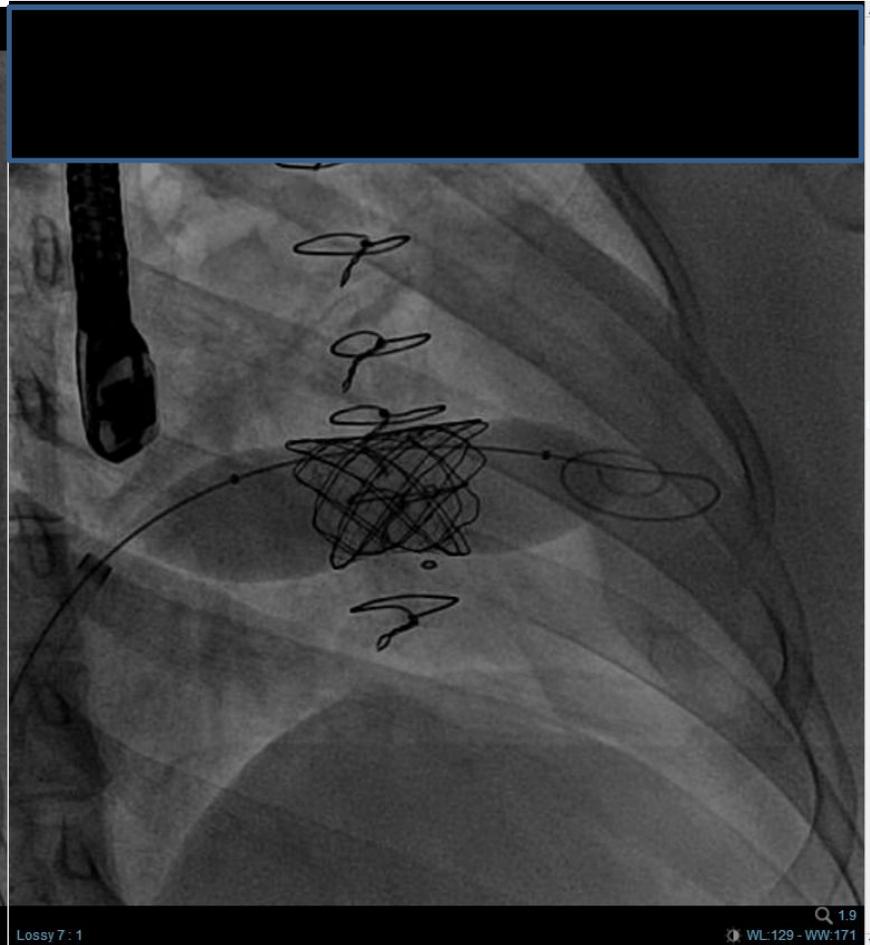




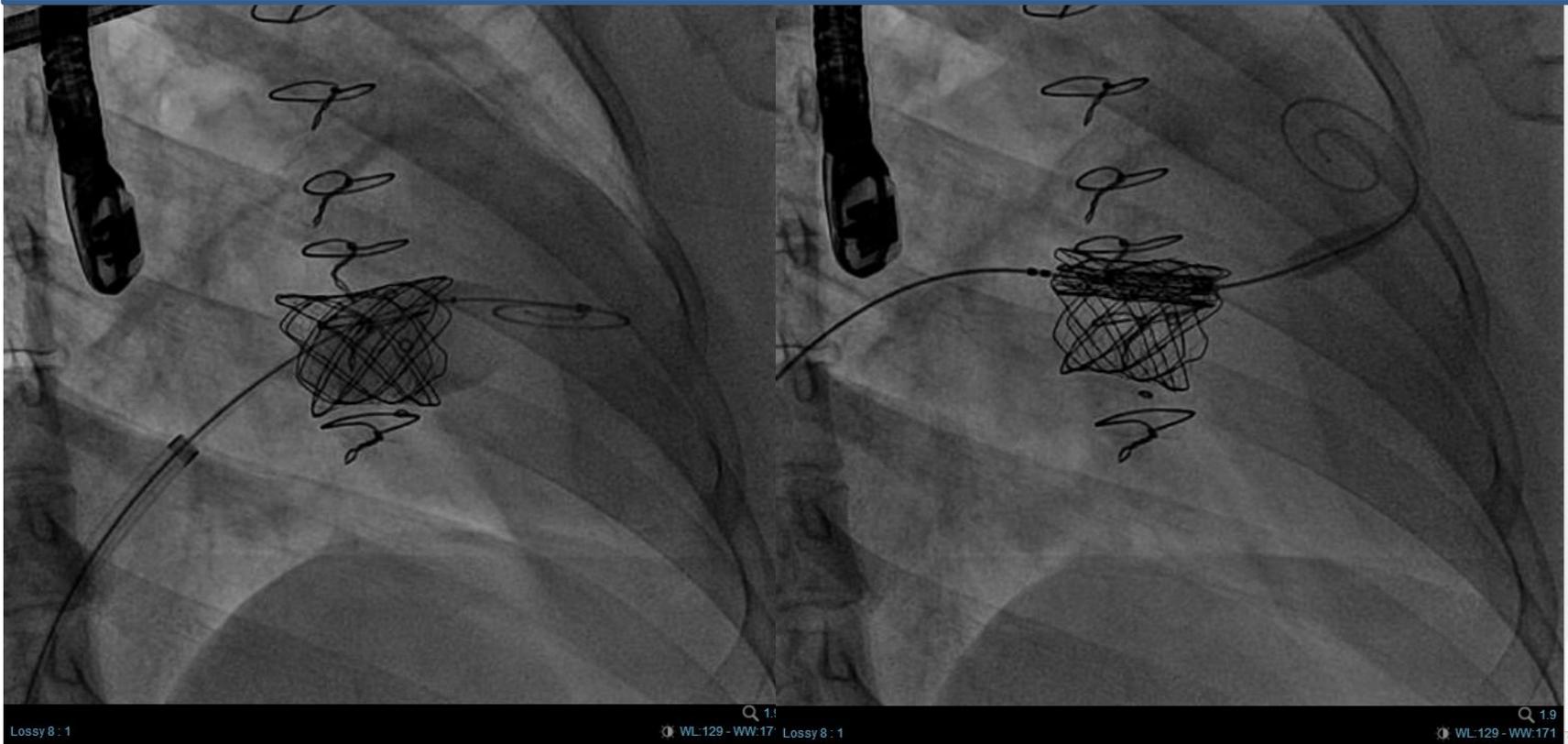
A través del pigtail avanzamos y colocamos en tracto de salida del VD guía de alto soporte safari XS y avanzamos hasta VD vaina de Mullins de 14F



Utilizamos estrategia de "one step". Sobre balón Altosa XL de 26x60 mm, montamos stent CP (Numed) de 45 cm, y sobre éste (con la ayuda previa de un balón Armada 35 de 8x40 mm para conformar el Andrastent) montamos stent Andrastent XL de 43 mm.



Llevamos todo el conjunto montado hasta el plano valvular y utilizamos técnica de "hueso de perro", donde enrasamos distalmente los stents al extremo distal de las cúspides de la válvula (control con ETE) y liberamos a presión nominal inicialmente con 2 postdilataciones más con el mismo balón a presión de ruptura.



Tras ello, colocamos mediante el sistema Ensamble II, la prótesis Melody del 22 (22 mm) en el interior de los stents.

Liberamos la prótesis melody en posición tricúspide (valve in valve) con buen resultado y sin complicaciones.

