



Revista Española de Cardiología



2. USO DE PRÓTESIS BALÓN EXPANDIBLE MYVAL EN INSUFICIENCIA AÓRTICA NO CALCIFICADA. RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Javier Gómez-Herrero¹, Juan Pablo Sánchez-Luna², Pedro Martín Lorenzo³, Antonio E. Dager⁴, Pablo D. Charry⁵, Javier R Beltrán⁶, Ángel Sánchez Recalde⁷, Antonio Gómez-Menchero⁸, Manuel Pan⁹, Francisco Fernández Avilés¹⁰, José Carlos González Gutiérrez², Esther González Bartol², Itziar Gómez Salvador¹¹, José Alberto San Román Calvar² e Ignacio J. Amat-Santos²

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ²Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ³Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España, ⁴Angiografía de Occidente Hospital, Cali Valle del Cauca, Colombia, ⁵Clínica Medilaser, Neiva Huila, Colombia, ⁶Hospital Universitario de Bucaramanga, Bucaramanga Santander, Colombia, ⁷Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ⁸Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España, ⁹Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ¹⁰Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España y ¹¹Cardiología ICICOR. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente no existe indicación para el uso de TAVR en insuficiencia aórtica no calcificada (NCAR). Existen factores tanto anatómicos como hemodinámicos que añaden mayor complejidad a este procedimiento, como un mayor tamaño de anillo aórtico o la ausencia de calcificación suficiente para un anclaje adecuado. Sin embargo, la existencia de tamaños extragrandes (30,5 y 32 mm) del modelo de prótesis Myval (Meril Life, India) podría suponer una alternativa terapéutica en estos pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico internacional, observacional, incluyendo de forma consecutiva todos los pacientes con NCAR tratados con dispositivo Myval. Las imágenes se analizaron en un laboratorio de imagen central.

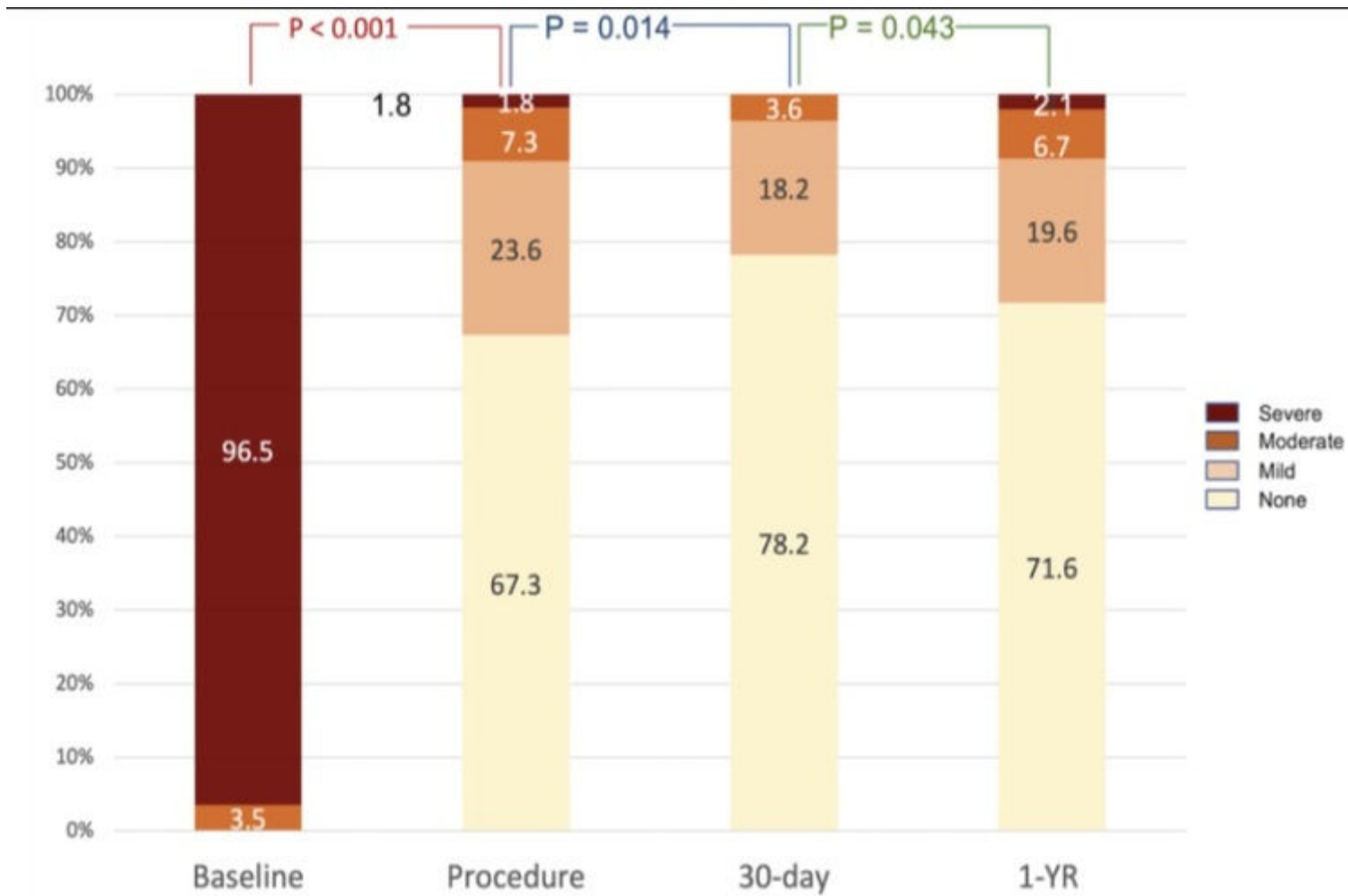
Resultados: Se han analizado 113 pacientes, 64,6% varones con edad media de $78,4 \pm 7,5$ años y STS de $2,7 \pm 1,7\%$. Un 58,3% presentaban dilatación aórtica y 7,1% eran bicúspides. El área anular medio fue de $638,6 \pm 106 \text{ mm}^2$. El área anular se encontraba fuera del rango recomendado para el tamaño extragrande en el 2,6% de los casos y se tuvo que utilizar volumen adicional para la expansión del balón en el 92% (mediana 4 cc, máximo 9 cc). Se utilizaron tamaños extragrandes en 95 pacientes (84,1%) con una sobreexpansión media del $17,9 \pm 11\%$. Se consiguió éxito técnico en el 94,7%, con insuficiencia aórtica residual significativa en un 1,8% [IA1](# msocom_1) La tasa de implante de marcapasos al año fue del 22,2%. No existieron casos de rotura del anillo, taponamiento cardiaco o disección aórtica pero hubo 4 (3,5%) casos de embolización de la prótesis (1 anterógrado y 3 ventriculares), siendo todos casos con tracto de salida del VI tapered-shaped ($p = 0,047$). La mortalidad a 30 días y a 1 año fue del 5,3% y 9,7% respectivamente. El éxito de la técnica se asoció a mejor supervivencia (97,1 vs 72,7% $p = 0,012$) y la embolización protésica fue el mayor predictor de mortalidad ($p = 0,047$) pese a resolverse en la mayor parte de los casos.

Resultados a 30 días y al año de seguimiento

Resultados a 30 días

Mortalidad de por cualquier causa	2 (1,8%)
Ictus	1 (0,9%)
AIT	1 (0,9%)
Infarto agudo de miocardio	4 (3,5%)
Implante definitivo de marcapasos	2 (1,8%)
Rehospitalización por insuficiencia cardiaca	4 (3,6%)
FEVI (%)	41,6 ± 14,9
Diámetro telediastólico del VI (mm)	64,0 ± 8,8
Gradiente medio valvular aórtico (mmHg)	4,7 ± 2,0
Insuficiencia aórtica residual (moderada o grave)	4 (3,6%)
Éxito técnico del implante	107 (94,7%)
Eventos acumulados a un año de seguimiento	
Implante definitivo de marcapasos	25 (22,1%)
Mortalidad global por cualquier causa	11 (9,7%)
Rehospitalización	9 (8%)
Mortalidad global por cualquier causa o rehospitalización	17 (15%)

AIT: accidente isquémico transitorio; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



Grado de insuficiencia aórtica desde situación basal hasta 1 año de seguimiento.

Conclusiones: A la espera de dispositivos dedicados de forma específica a pacientes con NCAR, el dispositivo Myval es una opción factible y segura en pacientes seleccionados en este escenario, demostrando resultados más favorables a los previamente publicados con otros dispositivos. A medio plazo el *oversizing* no impactó la durabilidad de la prótesis.