

Arteria subclavia izquierda como abordaje para el implante de prótesis aórtica CoreValve

Sra. Editora:

El reemplazo valvular aórtico percutáneo se plantea como alternativa en el tratamiento de la estenosis valvular aórtica (EA) severa sintomática con alto riesgo quirúrgico.

En la mayoría de los casos, el abordaje es femoral, pero a pesar de la reducción del diámetro de los dispositivos de liberación, la arteriopatía periférica femoroiliaca contraindica dicho abordaje. La vía transapical con la prótesis Edwards-Sapiens conlleva una toracotomía izquierda y una mayor mortalidad que el abordaje femoral, aunque se trata de pacientes con EuroSCORE más elevado¹.

Presentamos 2 casos en que se utilizó como acceso vascular la arteria subclavia izquierda (ASI) para el implante de la prótesis aórtica CoreValve (Breda, Países Bajos), tras ser descartado el abordaje femoral.

Caso 1. Varón de 68 años, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente cerebrovascular con hemiparesia residual. Diagnosticado de EA (área, 0,45 cm²/m²) e hipertensión pulmonar severa, en grado funcional IV de la NYHA. El cateterismo cardiaco mostró aorta torácica en porcelana, enfermedad femoroiliaca con estenosis severas a varios niveles. Valorado el riesgo quirúrgico (EuroSCORE logístico del 30,5%), se optó por la ASI que, evaluada previamente, presentaba diámetro y anatomía favorables. El implante fue realizado con anestesia local y sedación superficial. El cirujano cardiaco practicó una incisión infraclavicular, exponiendo la ASI. Tras realizar arteriotomía, se avanzó un introductor flexometálico de 7 Fr, intercambiado posteriormente por el introductor de 18 Fr una vez sondado el ventrículo izquierdo con una guía de alto soporte (fig. 1A). Tras valvuloplastia aórtica con balón de 22 mm y sobrestimulación cardíaca con marcapasos, se avanzó el sistema liberador de la prótesis CoreValve de 26 mm hasta el ventrículo izquierdo. El implante fue guiado con angiografía para comprobar su correcta posición, y se constató la ausencia de gradiente transvalvular y regurgitación aórtica. Finalmente, el cirujano suturó la ASI y cerró por planos. Tras 24 h en la unidad de recuperación posquirúrgica fue trasladado a planta y se le dio de alta al cuarto día. A los 3 meses de seguimiento, encontrándose asintomático, el paciente falleció de muerte súbita.

Caso 2. Varón de 50 años, con infarto agudo de miocardio (IAM) anterior e inferior previos, cirugía coronaria con mamaria a descendente anterior y safena a marginal en 1993. Presentaba valvulopatía aórtica, estenosis moderada y regurgitación severa, con dilatación ventricular y disfunción moderada, en grado funcional III de la NYHA. El riesgo quirúrgico (EuroSCORE del 10,9%), el injerto de la arteria mamaria permeable y la enfermedad severa femoroiliaca determinaron la indicación de implante de prótesis CoreValve, vía ASI. El procedimiento fue realizado sin valvuloplastia aórtica, implantándose prótesis CoreValve de 29 mm, con técnica descrita previamente. Tras comprobar la posición correcta y la ausencia de regurgitación periprotésica (fig. 1B), el paciente presentó elevación del segmento ST anterior e inestabilidad hemodinámica que obligaron a intubación y ventilación mecánica con soporte inotrópico. Tras descartarse otras causas (espasmo o isquemia por el introductor que fue retirado), se visualizó disección iatrogénica proximal de la arteria mamaria (fig. 1C) tratada con implantes de *stents* farmacoactivos solapados (fig. 1D). Evolucionó favorablemente, con leve elevación de CK-MB masa 28 ng/ml, por lo que se realizó la extubación a las 24 h y se le dio de alta a los 7 días; a los 4 meses de seguimiento se encontraba asintomático.

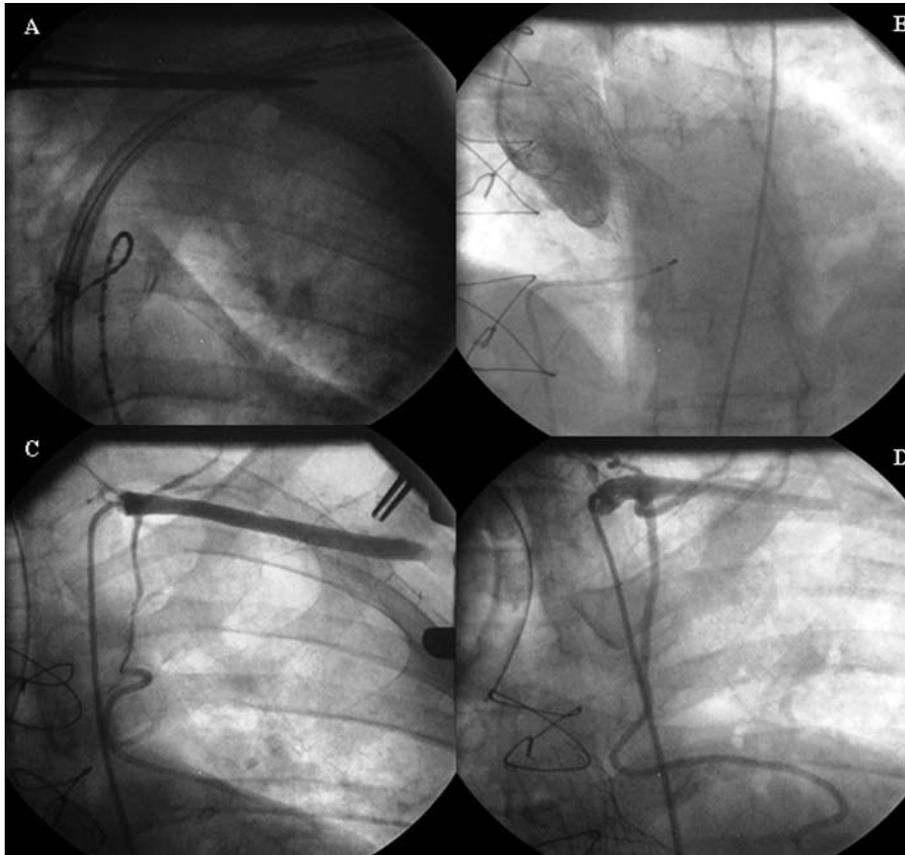


Fig. 1. Implante de la prótesis aórtica CoreValve en que se utiliza la arteria subclavia izquierda como acceso vascular. A: avance del sistema liberador de la prótesis a través de la arteria subclavia izquierda. B: resultado angiográfico tras implante de la prótesis aórtica CoreValve. C: disección iatrogénica de la arteria mamaria izquierda. D: implante de *stents* farmacoactivos solapados sobre la arteria mamaria izquierda.

La ASI es una atractiva vía de abordaje en el tratamiento de la EA severa con la prótesis CoreValve en pacientes con imposibilidad de acceso femoral. Exige la colaboración del cirujano, y se puede realizar con anestesia local y sedación superficial.

Hay algún caso aislado descrito por arteria subclavia izquierda². En la serie de Grubbe et al³ de 136 pacientes, en 3 casos se realizó vía subclavia, aunque no analizaron resultados o complicaciones.

Presentamos 2 casos con abordaje por ASI, y se considera una de las complicaciones potenciales de este acceso la disección del injerto de arteria mamaria.

Por lo tanto, en pacientes con EA sintomática, con alto riesgo quirúrgico e imposibilidad de abordaje femoral, la ASI podría ser una alternativa a la vía transapical.

Antonio J. Muñoz-García^a, Juan H. Alonso-Briales^a, Miguel Such-Martínez^b y José M. Hernández-García^a

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

^bServicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Svensson LG, Dewey T, Kapadia S, Roselli EE, Stewart A, Williams M, et al. United States feasibility study of transcatheter insertion of a stented aortic valve by the left ventricular apex. *Ann Thorac Surg.* 2008;86:46-54.

2. Bojara W, Mumme A, Gerckens U, Lindstaedt M, Gotzmann M, Germing A, et al. Implantation of the CoreValve self-expanding valve prosthesis via a subclavian artery approach: a case report. *Clin Res Cardiol.* 2009 [en prensa].

3. Grube E, Buellesfeld L, Mueller R, Sauren B, Zickmann B, Nair D, et al. Progress and current status of percutaneous aortic valve replacement: results of three device generations of the CoreValve Revalving System. *Cir Cardiovasc Intervent.* 2008;1:167-75.