



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

Javier Gómez-Herrero<sup>1</sup>, Juan Pablo Sánchez-Luna<sup>2</sup>, Pedro Martín Lorenzo<sup>3</sup>, Antonio E. Dager<sup>4</sup>, Pablo D. Charry<sup>5</sup>, Javier R Beltrán<sup>6</sup>, Ángel Sánchez Recalde<sup>7</sup>, Antonio Gómez-Mencheró<sup>8</sup>, Manuel Pan<sup>9</sup>, Francisco Fernández Avilés<sup>10</sup>, José Carlos González Gutiérrez<sup>2</sup>, Esther González Bartol<sup>2</sup>, Itziar Gómez Salvador<sup>11</sup>, José Alberto San Román Calvar<sup>2</sup> e Ignacio J. Amat-Santos<sup>2</sup>

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