



6114-4. CIERRE VASCULAR EN EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA. ¿TIENE IMPACTO PRONÓSTICO EL DISPOSITIVO ELEGIDO?

Alba Abril Molina, Elena Izaga Torralba, Jessica Roa Garrido, Óscar Lagos Degrande, Santiago Jesús Camacho Freire y Antonio Enrique Gómez Menchero

Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El éxito del cierre femoral tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) depende de las características anatómicas (calcificación, tortuosidad, profundidad, tamaño arterial, obesidad), de los French del material empleado, del dispositivo de cierre y de la experiencia del operador. En nuestro medio, se utiliza tanto la presutura (Prostyle, Abbott Vascular) como el tapón de colágeno (Manta, Teleflex). Nuestro objetivo es analizar en nuestra población la eficacia y la seguridad de ambos dispositivos.

Métodos: Estudio unicéntrico y prospectivo. Se incluyen 89 pacientes con estenosis o insuficiencia aórtica grave que se implantan TAVI femoral entre enero/23-mayo/24. Se utiliza MANTA en pacientes con obesidad (IMC> 30 kg/m²) o calcificación mayor que moderada en el punto de punción; y, Prostyle en arterias femorales pequeñas. El resto de pacientes es aleatorizado 1:1 a Manta vs Prostyle.

Resultados: En el 31,5% de pacientes se utilizó Prostyle y en el 68,5% Manta. Las características basales se recogen en la tabla, siendo significativamente mayor el % de fibrilación auricular y cardiopatía isquémica en el grupo MANTA, con mayor proporción de pacientes anticoagulados y con doble terapia. Resultados Prostyle vs Manta: punción ecoguiada en todos los casos. Fallo de cierre (%) 3,1 vs 6,9; no significativo (ns). Stent femoral (%) 0 vs 9,8; ns. Angioplastia balón femoral (%) 0 vs 21,3; p = 0,008. Estenosis/trombosis punto punción (%) 0 vs 13,1; p = 0,045. Hematoma femoral (%) 7,1 vs 8,2; ns. Sangrado (definición VARC3) (%): tipo 1 (3,6 vs 4,9); tipo 2 (0 vs 1,6); tipo 3 (0 vs 1,6); ns. Complicaciones vasculares menores (%) 0 vs 8,2%; mayores 0 vs 3,3; ns. Disección arterial (%) 3,6 vs 1,6, ns. Pseudoaneurisma (%) 0 vs 3,3; ns. Intervención quirúrgica vascular (%) 0 vs 3,3; ns. 0 casos de isquemia arterial. La mortalidad total (hospitalización + seguimiento, media de 3,8 ± 3,9 meses) fue 1,8 vs 10,7% (Manta), de las cuales 5 fueron muertes cardiovasculares, ninguna relacionada con el acceso vascular.

Características basales			
	Prostyle	Manta	p
Edad media (años)	79,7 ± 4,7	81,6 +- 5,4	NS

Sexo masculino (%)	50	44,3	NS
HTA (%)	92,9	95,1	NS
DM (%)	57,1	32,8	p = 0,03
Dislipemia%	78,6	70,5	NS
Fumador (actual o pasado) %	31,1	26,3	NS
FA/flutter %	25	49,2	p = 0,032
ERC %	42,9	31,1	NS
ACV%	14,3	14,8	NS
Cardiopatía isquémica crónica %	10,7	31,1	NS
Arteriopatía periférica%	7,1	6,6	NS
Anticoagulación%	22,2	50,8	p = 0,025
Monoantiagregación%	75	55,7	NS
Doble antiagregación%	3,6	8,2	NS
Doble terapia (antiagregación + anticoagulación) %	3,6	11,5	NS

ACV: accidente cerebrovascular; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; NS: no significativo.

Conclusiones: Con similar tasa de éxito en el cierre vascular, en nuestra población existe menor tasa de complicaciones vasculares menores y mayores en el grupo Prostyle; siendo más frecuente en el grupo MANTA la angioplastia con balón (significación estadística) por sangrado/estenosis/trombosis residual; así como el implante de *stent* femoral por sangrado persistente tras el cierre vascular.