



5017-4. IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA: MENOS ES MÁS

Leticia Fernández-López, Marco Spaziano, Bernard Chevalier, Hakim Benamer, Thierry Lefevre, Philippe Garot y Thomas Hovasse del Instituto Cardiovascular Paris Sud, Massy (Francia).

Resumen

Introducción y objetivos: La utilización del abordaje femoral arterial como vía contralateral y la venosa para la estimulación ventricular en el implante transcáteter de prótesis aórtica (TAVI) siguen siendo fuente no deleznable de complicaciones vasculares. Presentamos nuestra experiencia inicial con el uso del abordaje radial para el control de la TAVI por vía femoral y la utilización de la guía ventricular para la estimulación rápida.

Métodos: En abril de 2016 se adoptó una estrategia sistemática de control de la punción de la arteria femoral común (AFC) por vía radial y estimulación rápida a través de la guía *stiff* ventricular. La angiografía a través de un catéter multipropósito por vía radial guía tanto la punción de la AFC como la integridad de la misma después del cierre de la presutura (figura). Tras el cierre en caso de estenosis de la AFC el acceso radial es utilizado para su tratamiento. En caso de perforación, se realiza el inflado con balón desde la vía radial mientras se lleva a cabo el *cross-over* para el implante del *stent* cubierto. En cuanto a la estimulación ventricular, una vez que el catéter liberador de la válvula se encuentra en la aorta el marcapasos temporal es conectado a la guía *stiff* (polo negativo) y a la piel del paciente a través de una aguja subcutánea (polo positivo) utilizando unas pinzas cocodrilo (figura) siendo testado para su posterior utilización.

Resultados: Entre abril de 2016 y marzo de 2017 esta estrategia se llevó a cabo en 271 pacientes. En un total de 224 pacientes la vía radial fue utilizada para guiar la punción y el cierre de la AFC. Esta estrategia no fue utilizada en 52 pacientes (tabla). El implante valvular aórtico se llevó a cabo con éxito en todos los casos y no hubo complicaciones relacionadas con el acceso radial. Se produjeron un total de 9 complicaciones vasculares de la AFC, 3 de ellas tratadas por vía radial y 6 por vía femoral contralateral (tasa de *cross-over* de 2,6%). El uso de la guía ventricular permitió la estimulación rápida en todos los casos siendo utilizada en el 82,6% de los pacientes.



Estrategia mínimamente invasiva en la TAVI.

Características basales

Edad media en años	83 ± 6,1		
Sexo masculino	51,7%		
EuroSCORE logístico	17,2 ± 11,6%		
STS	5,1 ± 4,2%		
Válvulas expandible con balón/autoexpandibles	154 (56,8%)	117 (43,2%)	
No uso de la vía radial	52	19,2%	
Ausencia de pulso/tamaño prohibitivo de la arteria	32	11,8%	
Decisión del operador	19	7,0%	
Altura prohibitiva del paciente	1	0,4%	
Complicaciones del abordaje principal	9	4,0%	
Tratamiento por vía radial	3	1,3%	
Necesidad de “ <i>cross-over</i> ”	6	2,6%	
Estimulación ventricular	Guía stiff	Vía venosa	p
Total	224 (82,6%)	47 (17,4%)	-
Estimulación ineficaz	0%	0%	-
Necesidad de marcapasos transitorio periprocedimiento	32 (11,8%)	23 (48,9%)	0,0001
Marcapasos definitivo	34 (12,5%)	16 (34,0%)	0,0001

Tiempo de escopia (min)	18,5 ± 8,7	20,8 ± 6,7	NS
Tiempo de procedimiento (min)	68,4 ± 20,5	71,41 ± 17,6	NS

En el sentido de las agujas del reloj. Introductor largo 25 cm con catéter MP vía arterial radial. Angiografía desde el MP para guiar la punción de la AFC. Colocación de pinzas cocodrilo, polo positivo paciente, polo negativo guía *stiff*.

Conclusiones: El uso del acceso radial como vía secundaria y la utilización de la guía ventricular para la estimulación rápida transitoria durante la TAVI son 2 procedimientos factibles y seguros que podrían disminuir las complicaciones vasculares con una baja tasa de *cross-over*.