Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 205

Revista Española de Cardiología

6006-5. COMPLICACIONES VASCULARES EN EL IMPLANTE PERCUTÁNEO TRANSFEMORAL DE PRÓTESIS CARDIACA EN POSICIÓN AÓRTICA

José Mª Arribas Leal, Rubén Taboada Martínez, Paula Albaladejo da Silva, Eduardo Pinar Bermúdez, Francisco Gutiérrez García, Julio García-Puente del Corral, Ramón Arcas Meca y Mariano Valdés Chávarri del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Antecedentes y objetivos: Desde 2006 disponemos de la vía femoral para el implante de prótesis aorticas cardiacas. Por ahora se reserva para pacientes con alto riesgo para la cirugía convencional. Su implante precisa introductores arteriales de grueso calibre (24 y 26 F). Analizamos las complicaciones vasculares durante nuestra experiencia inicial con el implante de prótesis aortica vía transfemoral.

Pacientes y métodos: Entre junio de 2008 y febrero de 2010, se intervinieron 33 pacientes (60% mujeres, 81,6 ± 4,4 años). Se implantaron 32 prótesis percutáneas: 20 prótesis nº 23 (60%) y 12 prótesis nº 26 (40%). Seguimiento medio de 7 meses (1-20).

Resultados: Durante la hospitalización fallecieron tres pacientes (9%). En un paciente no se logró colocar la prótesis (3%). Las complicaciones más frecuentes fueron vasculares en 10 pacientes (30%), seguidas de insuficiencia cardiaca en 4 (12%) y de la necesidad de marcapasos en 2 (6%). Fueron transfundidos 16 pacientes (47%). Estancia en cuidados intensivos 1,8 ± 2,3 días y en hospital 10,8 ± 9,7 días. En seguimiento fallecieron 3 pacientes (10%) y 6 (21%) reingresaron por causa cardiaca. De los 10 pacientes con complicaciones vasculares en el implante, 5 necesitaron prótesis (parches o injertos) y 4 precisaron plastias (reinserciones vasculares). De los tres pacientes fallecidos en el hospital, 2 fueron por causas vasculares: hematoma retroperitoneal y rotura iliaca.

Conclusiones: Las complicaciones vasculares en el implante de prótesis aortica transfemoral presentan alta incidencia, en nuestra experiencia inicial. Son graves y obligan a intensa cooperación entre cardiología y cirugía para la mejor selección y manejo de estos pacientes.