



7000-12. CIERRE TRANSFEMORAL DE FUGAS PERIPROTÉSICAS MITRALES EN PACIENTES CON PRÓTESIS AÓRTICA

Leire Unzué Vallejo¹, Eulogio García¹, Rodrigo Teijeiro-Mestre¹, Belén Díaz-Antón¹, Miguel Rodríguez del Río¹, Francisco Javier Parra¹, Francisco Rodríguez Rodrigo¹, Pilar Agudo-Quilez², Julio Osende² y Belén Rubio-Alonso¹, del ¹Hospital Universitario de Madrid Montepíncipe, Madrid y ²Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de fugas periprotésicas constituye un procedimiento complejo, especialmente en el caso de pacientes con dehiscencias mitrales que presentan prótesis aórtica. En este escenario, algunos autores desestiman el abordaje transfemoral, considerando que puede ser peligroso traspasar la prótesis aórtica para acceder a la dehiscencia mitral por vía retrógrada. Se describen procedimientos de cierre de fuga periprotésica mitral realizados por acceso femoral en un centro en pacientes con 2 prótesis valvulares izquierdas.

Métodos: Se recogieron 28 procedimientos consecutivos de cierre percutáneo de fugas periprotésicas realizados por acceso transfemoral, 21 de estos presentaban dehiscencias mitrales, y 13 de ellos 2 prótesis valvulares izquierdas (9 prótesis aórticas bidisco, 1 prótesis monodisco, 2 prótesis aórticas biológicas y una prótesis aórtica previamente implantada por vía transfemoral).

Resultados: En todos los pacientes se realizó abordaje retrógrado inicial atravesando la válvula con catéteres 5/6 French (JR, mamaria, vertebral, AL) con buena tolerancia hemodinámica excepto en 2 (prótesis aórtica ATS 16 y paciente con prótesis monodisco). En el paciente con prótesis ATS el cierre se completó mediante abordaje anterógrado, avanzando guía de alto soporte al ápex de VI sin establecer el circuito AV (figura 1A). En el caso de la prótesis monodisco se consiguió atravesar la válvula en otra posición mejorando la tolerancia hemodinámica (figura 1B). Se implantaron 20 dispositivos en total (19 Vascular Plug 3 y un VSD). No existieron complicaciones mayores. Un paciente con hipertensión pulmonar grave presentó parada cardiorrespiratoria durante la inducción anestésica, requiriendo maniobras de RCP e implante de BCIAo para poder realizar la intervención. El resultado final comprobado por ecocardiografía transesofágica fue bueno en todos los casos (un paciente quedó con insuficiencia mitral periprotésica moderada 2).



Cierre transfemoral de fuga mitral con prótesis aórtica (A: Abordaje sin loop AV, con guía de alto soporte en VI. B: Prótesis monodisco. C y D: Cierre de fuga mitral con prótesis aórtica bidisco).

Características basales (n = 13)

Edad	64,25 ± 7,96
Sexo (varones)	54% (7)
EuroSCORE (%)	16,72 ± 7,3
Etiología enfermedad valvular	
Reumática	85% (11)
Endocarditis	15% (2)
Pacientes con ? 2 cirugías previas	62% (8)
Tiempo desde la última cirugía (meses)	27,7 ± 24,6
Clase funcional (NYHA)	3,1 ± 0,87
Motivo cierre de la fuga	
Anemia hemolítica	9
Insuficiencia cardiaca	4
Tipo de prótesis aórtica	
St Jude	4
ATS	3
Bicarbon	2
Björk Sidely	1
Edwards Sapien XT	1

EPIC	1
Soprano	1
Características del procedimiento	
Tiempo de escopia (minutos)	78,5 ± 7,4
Duración procedimiento (minutos)	173,3 ± 76,5
Insuficiencia mitral residual (1-4)	1,2 ± 0,4
Número de dispositivos	1,54 ± 0,65

Conclusiones: El cierre transfemoral de fugas periprotésicas mitrales en pacientes con prótesis aórtica es seguro y asociado a una buena tasa de éxito. El abordaje retrógrado a través de la mayoría de las prótesis aórticas es bien tolerado, pudiendo utilizar esta vía de forma segura. La utilización de catéteres de bajo perfil y el abordaje anterógrado con guías de alto soporte en casos de mala tolerancia pueden ser útiles en procedimientos seleccionados.