

Imagen en cardiología

Reparación percutánea de dehiscencia periprotésica aórtica compleja



Percutaneous Repair of a Complex Periprosthetic Aortic Leak

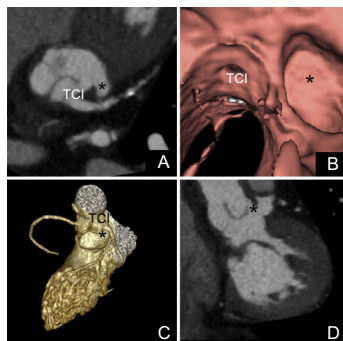
Leire Unzué^{a,*}, Eulogio García^a y Belén Díaz-Antón^b^a Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España^b Unidad de Imagen Cardíaca, Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España

Figura 1.

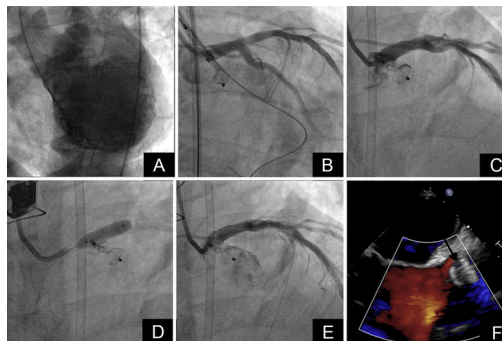


Figura 2.

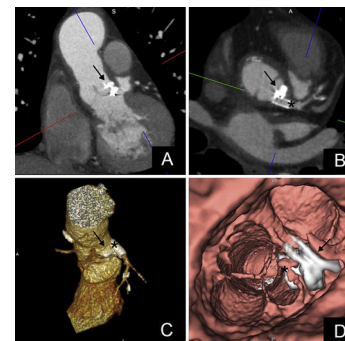


Figura 3.

Un varón de 59 años de edad, portador de un injerto supracoronario, sufrió una endocarditis aórtica que requirió la sustitución valvular urgente mediante implante de una prótesis aórtica biológica sin *stent* Sorin. Tres meses después de la intervención, el paciente sufría angina de mínimos esfuerzos. Una ecocardiografía transesofágica mostró una fuga periprotésica que causaba insuficiencia aórtica grave. Se descartó la opción de una nueva intervención quirúrgica y se programó para cierre percutáneo de la fuga. La tomografía computarizada (TC) mostró una amplia fuga perivalvular (figura 1A-D, asterisco), conectada a una cavidad perianular situada entre la parte superior del tracto de salida del ventrículo izquierdo y la pared aórtica, cerca del *ostium* de la arteria coronaria izquierda. La ventriculografía y la aortografía demostraron un pseudoaneurisma conectado al seno coronario izquierdo a través de la dehiscencia, próximo al tronco izquierdo (TCI) (figura 2A y vídeo 1 del material suplementario). Se introdujo una guía para proteger el TCI y se colocó un Vascular Plug 2 de 5 × 10 mm en la fuga (figura 2A-C y vídeo 2 del material suplementario), con protrusión del disco proximal en el TCI (vídeo 3 del material suplementario). A continuación se implantó un *stent* farmacoactivo de 5 × 15 mm en el *ostium* izquierdo (figura 2D-F y vídeo 4 y vídeo 5 del material suplementario), con lo que se consiguió una aposición completa del tapón en la entrada de la fuga, con una insuficiencia aórtica residual leve (vídeo 6 del material suplementario). Se dio de alta al paciente a los 2 días de la intervención, y se mantenía asintomático 6 meses después. La TC de seguimiento mostró la adecuada posición del dispositivo (figura 3, flecha) y el *stent* del TCI (asterisco). En las fugas paravalvulares complejas, es esencial un estudio exhaustivo de la anatomía para diseñar una estrategia de intervención individualizada.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.013>.

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: leireunzue@yahoo.es (L. Unzué).
On-line el 28 de febrero de 2017

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en