



Revista Española de Cardiología



4023-2. IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓTESIS PULMONAR MELODY. AMPLIANDO LAS INDICACIONES

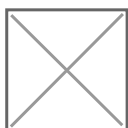
José Luis Zunzunegui Martínez, Teresa Álvarez, Fernando Ballesteros Tejerizo, Constanco Medrano, Mirian Centeno, Enrique Maroto Álvaro y Esther Panadero del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: Uno de los requisitos anatómicos mandatorios para la implantación de la prótesis valvular percutánea “Melody” es la presencia de un conducto valvulado entre el VD y la AP, implantado previamente por el cirujano. Presentamos nuestra experiencia en la implantación de dicha válvula en pacientes sin conducto protésico.

Métodos: Número de pacientes 7. Peso 16-75 kilos. Edad 6-57 años. Tipo de conexión entre el VD y la arteria pulmonar. 1) Tracto de salida “Nativo”; 4. Atresia pulmonar con CIV intervenidas con “parche transanular” (2), tetralogía de Fallot con “parche infundibular” preservando el anillo valvular pulmonar (1), estenosis supraavicular pulmonar en D-transposición de grandes arterias intervenido con switch arterial (1). 2) Prótesis pulmonares biológicas; 3. Tetralogía de Fallot con ausencia de válvula pulmonar (2), cirugía de Ross por insuficiencia aórtica (1). Tipo de prótesis; Angel-Shilley 25 mm (1), Freestyle 24 mm (1), St Jude 21 mm (1). Las indicaciones para la técnica fueron establecidas por ecocardiograma, RMN y/o cateterismo; FE del VD < 40%, fracción de regurgitación > 35%, relación de presiones VI/VD > 60% y/o deterioro de clase funcional. Se implantó la prótesis Melody sobre sistema Ensemble BIB (22 f), con un diámetro de balón externo de 20-22 mm, previo implantación de CP stent (balones 16-20 mm de diámetro).

Resultados: No existió morbilidad en relación con el procedimiento. El gradiente transvalvular fue < 30 mmHg, sin insuficiencia valvular al finalizar el cateterismo. El periodo de seguimiento osciló entre 1 mes-4 años. En todos los pacientes el grado de insuficiencia por ecocardiografía fue trivial-leve. El gradiente por doppler se mantuvo < 40 mmHg, salvo en el caso del paciente con D-TGA y estenosis supraavicular que progresó hasta 60 mmHg; se realizó cateterismo en donde se evidenció deformidad de la prótesis en su área ventricular con pseudoaneurisma de la pared anterior del tronco de la arteria pulmonar de 8 mm de diámetro (fig.), se implantó una nueva Melody dentro de la previa (técnica “valve in valve”) sin gradientes ni insuficiencias residuales, excluyendo el aneurisma.



Conclusiones: La experiencia acumulada permite la realización de la implantación de la Melody en pacientes sin conducto, con un análisis anatómico previo preciso del tracto de salida del VD.