



6103-13. VALVE IN VALVE COMO TRATAMIENTO DE DEGENERACIÓN BIOPROTÉSICA AÓRTICA: ¿UNA REALIDAD?

María Fernández González, Irene Toribio García, María López Benito, Rubén Bergel García, Paula Cano García, Enrique Sánchez Muñoz, Clea González Maniega, Claudia Santos García, Itsaso Larrabide Eguren, Elena Rodríguez García, Jesús Mancheño Antón, Santiago Ansón Pemán, Juan Carlos Cuellas Ramón, Armando Pérez de Prado y Felipe Fernández Vázquez

Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) como tratamiento de una bioprótesis degenerada es una opción terapéutica cada vez más empleada en pacientes con alto riesgo quirúrgico, a la luz de una sólida evidencia científica. Este procedimiento ha demostrado ser eficaz y seguro, siendo claves la adecuada selección de candidatos y la planificación rigurosa del procedimiento. Se valoró el tipo de prótesis y el mecanismo de degeneración, el procedimiento de nuevo implante, las complicaciones asociadas al mismo y la evolución en el seguimiento.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo que incluyó a los pacientes con bioprótesis aórticas degeneradas, tratados en nuestro centro con la técnica *valve in valve* entre febrero de 2014 y enero de 2024.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes cuyos datos demográficos se describen en la tabla. Un 14% eran portadores de TAVI (todas autoexpandibles), mientras que un 86% eran portadores de bioprótesis quirúrgica, la mayoría (73%) modelo Mitroflow o Perimount. El síntoma más frecuentemente referido fue disnea, encontrándose el 51% de los pacientes en clase funcional NYHA III-IV. El tiempo medio hasta la degeneración valvular fue 9 años ($\pm 3,8$), siendo el mecanismo más frecuente la insuficiencia (64%), seguido de estenosis (23%) con un gradiente medio de 53,4 mmHg ($\pm 10,9$). En la mayor parte (77%) se seleccionó una bioprótesis autoexpandible para el procedimiento. El implante se llevó a cabo con protección cerebral mediante dispositivo Sentinel en 3 casos (14%) y protección coronaria en 8 (38%), por alto riesgo de oclusión. En 7 de estos últimos casos se precisó implante *stent* «en chimenea». El éxito del procedimiento fue del 100%, con un gradiente medio posimplante de 6,8 mmHg ($\pm 6,3$) y sin insuficiencia significativa en ningún paciente. Únicamente se registró un caso de oclusión coronaria precoz posimplante, con *exitus* final. Al mes todos los pacientes se encontraban en clase funcional I-II, con un gradiente medio de bioprótesis de 12,3 mmHg (± 6) y sin insuficiencia significativa. Estos resultados se mantuvieron al año de seguimiento.

Características basales	
	Total (n = 22)

Edad	81,8 (\pm 5,9)
Mujeres (%)	12 (54)
HTA (%)	17 (77)
DM2 (%)	6 (27)
Dislipemia (%)	18 (82)
Tabaco (%)	3 (4)
IAM previo (%)	4 (18)
CABG (%)	9 (41)
ACTP (%)	7 (32)
EuroSCORE	11,7 (\pm 11,7)

HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus tipo 2; CABG: revascularización coronaria quirúrgica; ACTP: revascularización coronaria percutánea.



Prótesis valvular aórtica.

Conclusiones: La degeneración bioprotésica aórtica se puede tratar de forma eficaz y segura mediante el implante de TAVI *valve in valve*. Para conseguir el éxito y minimizar las complicaciones es fundamental la adecuada selección de pacientes y la planificación exhaustiva del procedimiento.