

Imagen en cardiología

# Cierre percutáneo de importante fuga paravalvular aórtica protésica

## Percutaneous Closure of a Large Paravalvular Prosthetic Aortic Leak

Jordi Broncano<sup>a,\*</sup>, Javier Suárez de Lezo<sup>b</sup> y José Suárez de Lezo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Imagen Cardioradiológica, Hospital de la Cruz Roja, Ressalta, Grupo Health Time, Córdoba, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Hospital de la Cruz Roja, Córdoba, España

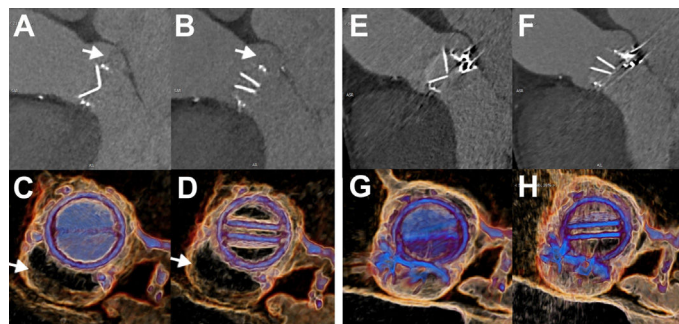


Figura 1.

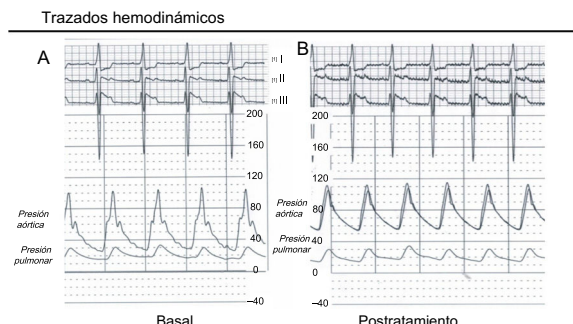


Figura 2.

Un paciente de 68 años, con prótesis valvular aórtica metálica bilaminada implantada quirúrgicamente en 2010, fue enviado para valoración de cierre percutáneo de una importante fuga paravalvular protésica que producía insuficiencia cardiaca. Se realizó una tomografía computarizada (TC) cardiaca con sincronización cardiaca retrospectiva antes (figura 1D) y después (figura 1E-H) del procedimiento. El estudio basal con TC demostró una válvula protésica normofuncionante, con un anillo angulado cranealmente (20°) y un área paravalvular regurgitante de 3,42 cm<sup>2</sup> (figura 1C en diástole y figura 1B-D en sístole; flecha: fuga paravalvular). En la fluoroscopia y la TC no se observó balanceo de la prótesis durante el ciclo cardiaco. Hemodinámicamente, la presión diastólica aórtica era inferior a la sistólica de la arteria pulmonar (figura 2A). En el estudio, se confirmó una grave sobrecarga de volumen, con disfunción ventricular (volumen telediastólico, 340 ml/m<sup>2</sup>; telesistólico, 258 ml/m<sup>2</sup>). La fracción de eyección era del 23%. Las arterias coronarias no tenían estenosis significativas. Se implantaron 2 dispositivos Amplatzer AVP3-145 (Abbott; Chicago, Illinois, Estados Unidos) para cierre percutáneo, guiado mediante angiografía y ecocardiografía transesofágica.

Tras el procedimiento, la presión aórtica se modificó favorablemente, con marcado incremento de la presión diastólica (figura 2B). La TC cardiaca tras el procedimiento confirmó la correcta implantación de los dispositivos de cierre en la dehiscencia angulada (figura 1E-G en diástole y figura 1F-H en sístole). Al alta, se observó una mejoría clínica significativa, sin hemólisis, que persistía 1 año después del procedimiento.

\* Autor para correspondencia:  
 Correo electrónico: [j.broncano@htime.org](mailto:j.broncano@htime.org) (J. Broncano).  
 On-line el 9 de agosto de 2018