

## V01

**345. IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER POR VÍA TRANSAÓRTICA: UNA ALTERNATIVA DE ABORDAJE A LAS VÍAS CONVENCIONALES**

Arroyo J, Laguna G, Fernández M, Valenzuela H, Echevarría JR, Maroto L, Pareja P, Carrascal Y, Flórez S, Di Stefano S, Arce N, Fulquet E

*Hospital Clínico Universitario, Valladolid*

**Objetivos:** el implante de prótesis valvulares aórticas por vía transcatéter es una opción terapéutica reconocida en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Nuestro objetivo es mostrar una vía de abordaje alternativa para su implante en algunos pacientes no candidatos para las vías usuales de acceso vascular periférico (femoral/subclavia) o transapical.

**Material y métodos:** presentamos el caso de un varón de 74 años con estenosis aórtica grave, CF IV y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) gravemente deprimida. Antecedentes de neoplasia de colon, diabetes *mellitus* tipo 2, enfermedad vascular periférica grave, cardiopatía isquémica crónica con revascularización percutánea mediante *stents* convencionales y neumonectomía derecha por carcinoma de pulmón. EuroSCORE logístico: 42,57%. Ecocardiograma: válvula aórtica trivalva (gradiente máximo 76, medio 51 mmHg, área: 0,6 cm<sup>2</sup>, anillo: 24 mm). Angiotomografía computarizada (angio-TC): grave ateromatosis

ilíaca bilateral, desplazamiento importante del ápex cardíaco hacia la línea media y de la aorta ascendente hacia el hemitórax derecho. Cateterismo: ateromatosis grave de subclavia izquierda y estenosis grave de subclavia derecha, no reestenosis intra-*stents*.

Se somete a implante de prótesis aórtica Core-Valve autoexpandible número 29 vía transaórtica (aorta ascendente) bajo visión directa a través de minitoracotomía anterior derecha por segundo espacio intercostal.

**Resultados:** el paciente es extubado en 6 h. Ecocardiograma de control: prótesis con apertura conservada e insuficiencia aórtica ligera-moderada. Ritmo sinusal estable.

**Conclusiones:** aunque la vía transaórtica mediante cirugía mínimamente invasiva está aún poco utilizada, en pacientes con alto riesgo para cirugía convencional puede ser una opción factible y segura para el implante de prótesis transcatéter en las que no sea posible el abordaje habitual.

## V02

**90. PLICATURA SELECTIVA DEL INFARTO EN LA INSUFICIENCIA MITRAL ISQUÉMICA**

García Fuster R, Martín E, Cánovas S, Gil O, Hornero F, Martínez León J

*Hospital General Universitario, Valencia*

**Objetivos:** el remodelado regional puede ocasionar cambios en la geometría del aparato mitral y puede explicar uno de los mecanismos de insuficiencia mitral postinfarto. La plicatura selectiva de la zona infartada y adelgazada (escara) podría reducir estos efectos sobre morfología-función del complejo valvular. En un paciente con insuficiencia mitral isquémica analizamos, a corazón latiendo, los efectos inmediatos de la plicatura de una escara inferolateral sobre la movilidad y regurgitación valvular.

**Material y métodos:** varón de 59 años, enfermedad coronaria de tres vasos, infarto agudo de miocardio (IAM) inferior e insuficiencia mitral grave secundaria. Procedimiento combinado de plicatura de escara, anuloplastia sobrecorrectora y triple derivación coronaria. La escara fue localizada por resonancia magnética (RM) (segmentos 5, 10 y 11) y mostró discinesia segmentaria (cine-RM). Altura y área de *tenting*:

13 mm y 1,9 cm<sup>2</sup>. Plicatura longitudinal sobre escara durante circulación extracorpórea (CEC) y a corazón latiendo. La mitral fue explorada en estas condiciones antes y después de la plicatura.

**Resultados:** antes de la plicatura se observó un chorro de regurgitación complejo y excéntrico, un anillo dilatado y un velo posterior restrictivo. Tras la plicatura, el chorro había cambiado a único y central con un velo posterior más móvil. Evolución clínica favorable en ausencia de insuficiencia mitral significativa y disminución del *tenting* (área: 0,7 cm<sup>2</sup>; altura: 5 mm). Ausencia de discinesia segmentaria en RM posterior.

**Conclusiones:** la plicatura selectiva de la escara puede reducir la discinesia de los segmentos infartados. Junto con la anuloplastia sobrecorrectora podría ser de beneficio en la restauración de los cambios de la geometría mitral postinfarto.



**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**