

SECCIÓN: UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Coordinador: Carlos Santos Molina Mazón. csmolinamazon@gmail.com

TRACCIONAR PARA IMPLANTAR

PULLING IN ORDER TO IMPLANT

Enferm Cardiol. 2018; 25 (75): 74-75.

Autoras

M^a Begoña Santamaría Fernández, M^a Estrella Barreñada Copete, Cristina de los Nietos Miguel.

1 *Enfermeras Expertas en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Servicio de Hemodinámica y Electrofisiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid.*

Dirección para correspondencia

M^a Begoña Santamaría Fernández
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
C/ Budapest, 1
28922 Alcorcón (Madrid)

Correo electrónico:
yaiza.ys@gmail.com

Palabras clave: estenosis aórtica, TAVI, arteria femoral, prótesis valvular.

Keywords: aortic stenosis, TAVI, femoral artery, valvular prosthesis.

INTRODUCCIÓN

El manejo terapéutico de la estenosis aórtica grave ha experimentado importantes cambios desde la aparición del implante valvular aórtico transcatheter (TAVI), que ha demostrado mejores resultados que el manejo conservador de la enfermedad (incluida la valvuloplastia aórtica) y no inferioridad con relación al recambio valvular aórtico quirúrgico (RVAo), pudiendo beneficiarse de esta técnica personas con un elevado riesgo quirúrgico y con expectativas de vida ≥ 1 año (inoperables), quedando excluidos a falta de nuevos estudios los pacientes con riesgo quirúrgico intermedio.

Es fundamental el papel del equipo cardiológico «*heart team*» en la evaluación individualizada de cada caso de las probabilidades de mejora en la calidad de vida considerando sus comorbilidades y determinación del tratamiento de elección particular.

MÉTODOS

Mujer de 86 años con estenosis aórtica severa sintomática que se somete a implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) modelo autoexpandible *Core-Valve*[®] número 26 (Medtronic Inc; Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos).

Abordaje mediante punción ecoguiada de arteria femoral común derecha para el dispositivo portador de la TAVI, y por la arteria femoral común izquierda para controles con catéteres angiográficos y posteriormente para traccionar con el lazo de rescate.

Tras la liberación de la misma, ésta sufre un desplazamiento a aorta ascendente. Se decide implantar una nueva TAVI a través de la anterior previa valvuloplastia con balón. Se hace necesario traccionar y sujetar la prótesis inicial mediante un lazo recuperador. La liberación de la segunda válvula se realiza sin complicaciones y se confirma ausencia de gradiente transvalvular.

La mala posición y la migración de las prótesis aórticas son complicaciones no frecuentes ya descritas, donde el conocimiento del manejo de las mismas por el equipo cardiológico tiene especial relevancia. Su valoración inicial va a ayudar a la decisión sobre una resolución quirúrgica o percutánea urgente. El motivo por el que se puede producir el desplazamiento es múltiple, combinándose las condiciones anatómicas como un origen muy angulado de la aorta con relación al ventrículo izquierdo, el efecto del flujo transvalvular, el error del operador... Y las consecuencias dependerán

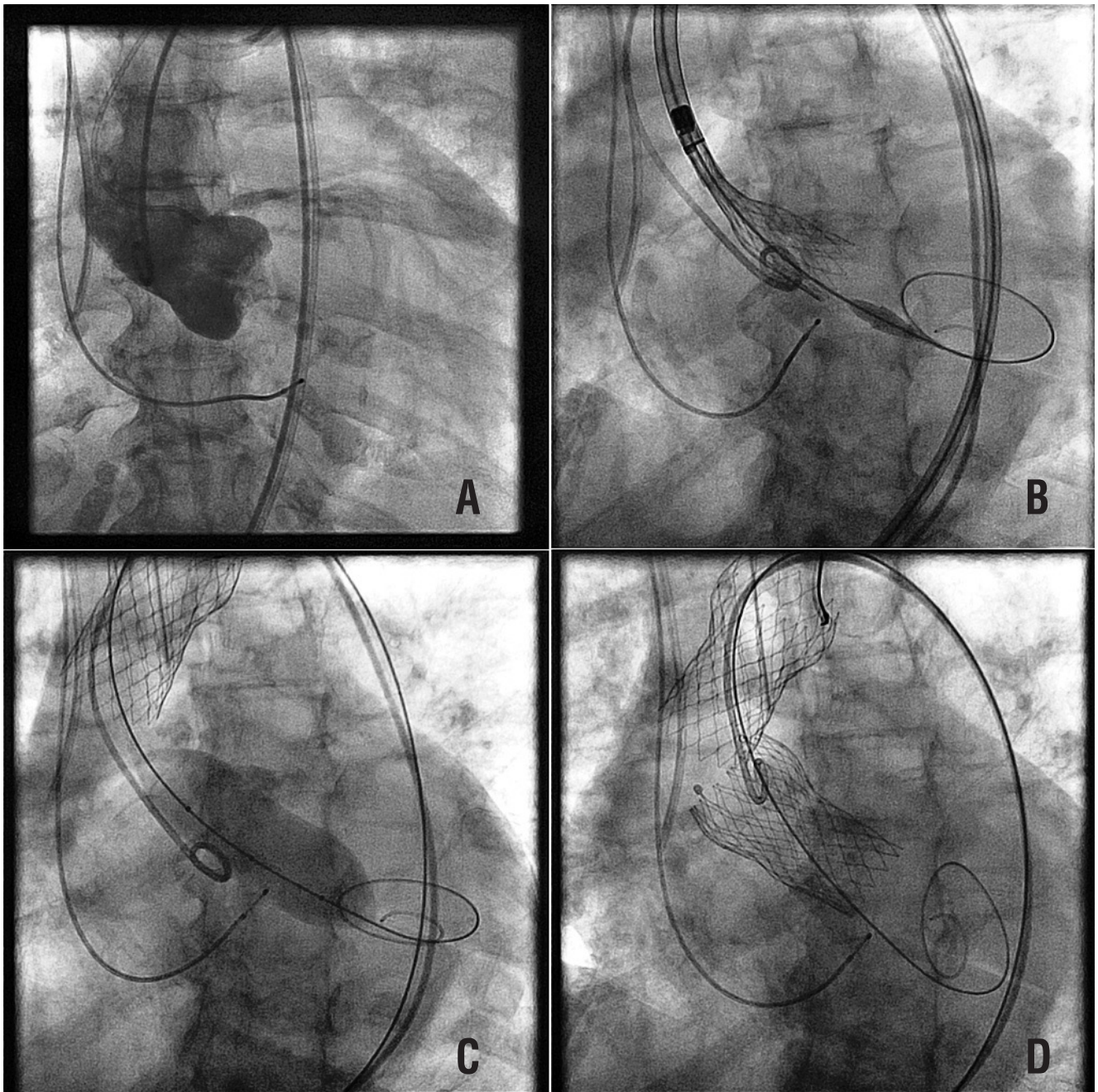


Figura 1. A: imagen de angiografía previa al implante. B: liberación de la primera prótesis. C: primera prótesis traccionada y valvuloplastia previa al implante de la segunda TAVI. D: segunda prótesis implantada con sujeción de la primera.

de hacia dónde se haya desplazado, siendo de especial relevancia la obstrucción de los «ostium» coronarios por el velo valvular, la regurgitación paravalvular severa y el compromiso de la válvula mitral en implantes bajos.

Con el modelo de prótesis descrito es muy importante evitar la implantación «profunda» hacia el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) por su tendencia a ocupar el mayor espacio posible cuando está a medio desplegar.

En la mayoría de los casos, se aboga por intentar recapturarla o desplazarla hasta la aorta descendente, decisión que ha mostrado seguridad en casos similares, siempre que la prótesis se encuentre estable y no comprometa el flujo de los troncos supraórticos.

Desde el año 2002 que se realizó el primer implante

valvular aórtico percutáneo por el Dr. Cribier, se han desarrollado cambios tecnológicos, tratando de mejorar los resultados en la reducción de complicaciones del acceso vascular, las fugas paravalvulares, ICTUs, implantes de marcapasos permanentes e igualmente para mejorar el control de los dispositivos durante el implante con la evolución a prótesis recapturables y reposicionables.

Es muy importante el conocimiento del manejo tanto técnico (materiales necesarios, vía de abordaje,...) como de soporte al paciente en esta complicación por parte de enfermería para la resolución pronta, segura y eficaz.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.