



XXXIII CONGRESO NACIONAL



A PROPOSITO DE UN CASO: “VALVE IN RING”



SEXO: MASCULINO

EDAD: 81 AÑOS

APP: HTA, Insuficiencia cardiaca con función sistólica deprimida, FA permanente ACO, remplazo valvular aórtico por válvula mecánica y plástica mitral , MPD tipo DDD , Angioplastia coronaria

Med Hab: acenocumarol 1 mg día, furosemida 40 mg día, amiodarona 200 mg día, espironolactona 25 mg día, clopidogrel 75 mg día, cilostazol 100 mg día

EuroSCORE II

44.22 %

Based on the information you have provided... if 100 people with a similar condition had a similar operation, 44 to 45 may be expect to die, whereas 55 to 56 would be expected to survive. Your EuroSCORE is 44.22.

SCORES DE FRAGILIDAD:

- CIRS-G: INDICE 2.78 PTS
- EDMONTON: 9 PTS
- FRIED: 4 CRITERIOS
- SARCOPENIA: 6 PTS
- PFEIFER: 0 PTS



ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO: Agrandamiento auricular leve, Prótesis mecánica en posición aortica normofuncionante, sin aumento de gradientes. Válvula mitral con reparación quirúrgica de su anillo, doble lesión insuficiencia moderada y estenosis severa (Grad M: 10 mmHg). HCVI. Función sistólica (FEY: 28%) con hipocinesia global. Cavidades derechas levemente dilatadas con función preservada. Hipertensión pulmonar leve (PSAP: 36 mmHg).

CINECORONARIOGRAFIA:

Tronco CI: sin obstrucciones angiográficamente significativas

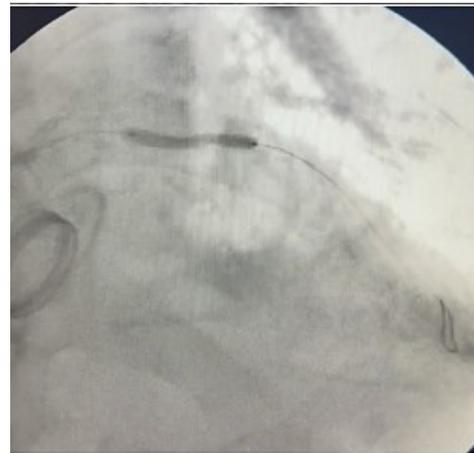
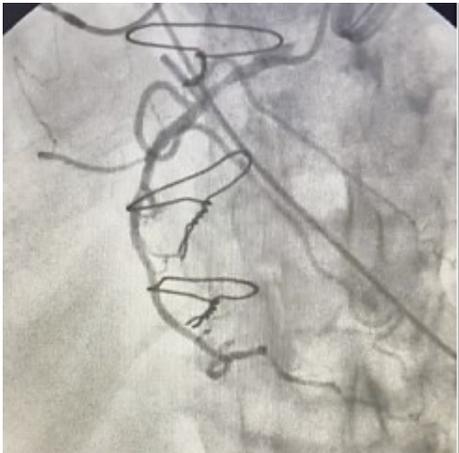
DA placa segmentaria en tercio medio (60%) ,

RI lesión focal (80%) en tercio medio

CX placa leve a moderada (40-50%) en tercio medio,

CD Obstrucción moderada (60%) en tercio proximal, se ocluye en tercio distal visualizando ramo DP de mediano calibre

Se planifica **angioplastia sobre Ramo intermedio** previo a procedimiento.





ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO:

Plástica mitral con anillo valvular, doble lesiones severas
Prótesis mecánica aortica con funcionamiento normal
VI con disquinesia septal de aspecto hipertrófico,
FEY deteriorada en forma severa (30%)
IT con HTP severa
Función sistólica del VD conservada
AI y OI sin imagen de trombo endoluminal



TAC CARDIOVASCULAR:

AI de tamaño y conformación normales (19cm²), anillo mitral protésico, con preservación de los velos mitrales y el aparato subvalvular de 22x20mm de diámetros internos máximos.
Ligera calcificación de musculo papilar mitral anterolateral.
Prótesis mecánica bidisco en posición aortica con apertura y cierres conservados.
Dilatación leve de raíz aortica (39 mm) y de la **aorta ascendente** (44mm)
Ausencia peri protésica de imágenes compatibles con trombo y/o pannus y de orificios compatibles con leak perivalvulares



1. La calidad del CT es muy buena



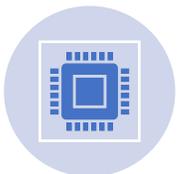
2. El anillo mitral protésico mide 470 mm² de área interna. Lo cual hace factible su reemplazo con un dispositivo S3 26 (más 2 cc). Es un anillo forma circular N 27 con diámetro interno de 26.



3. El ángulo entre la válvula y la aorta de 110*, el riesgo de obstrucción del tracto de salida es bajo con Neo LVOT calculado de > 220 mm² (700).

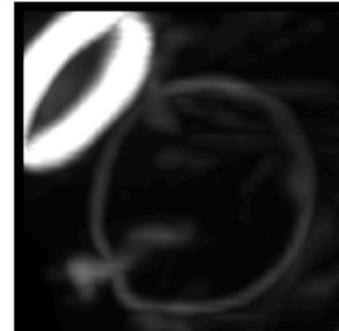


4. La auricular izquierda esta modera dilatada, la orejuela NO presenta trombos. La punción TS será a nivel de la fosa, posterior y superior para lograr coaxialización pre implante (el anillo tiene una orientación hacia LVOT)

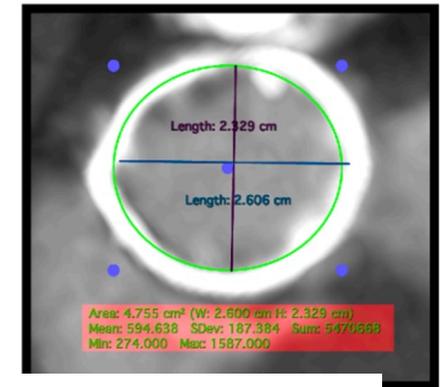


5. La mejor proyección para el implante impresiona ser: RAO 40° CRA 40°.

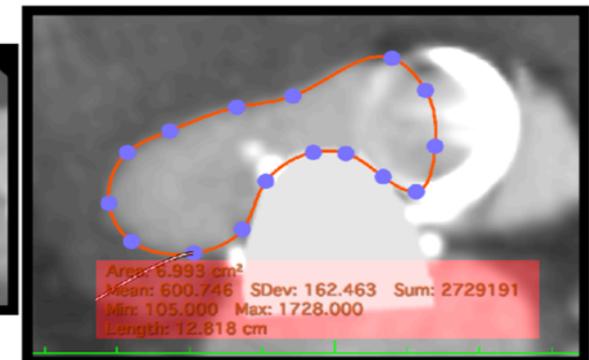
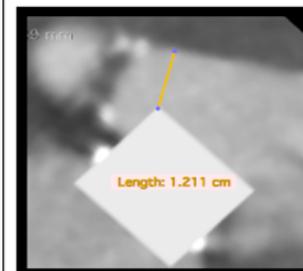
Anillo Mitral



Anillo mitral protésico



Tracto de salida del VI

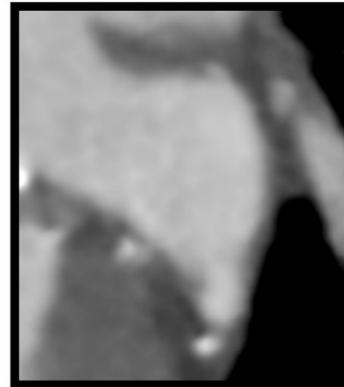




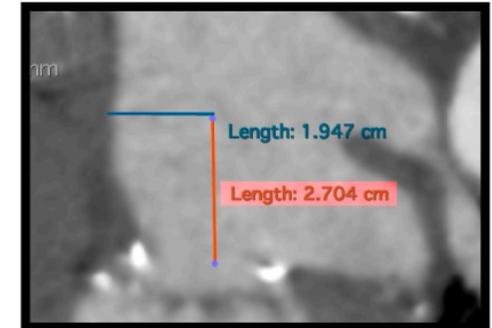
Conclusiones

1. Anillo de 470 (N 27), dispositivo S3 26 (2 extra cc) para lograr buen anclaje y flaring
2. El riesgo de obstrucción de LVOT es bajo
3. Orejuela sin trombos.
4. Proyección RAO 40° CRA 40°.
5. Caso aceptable. Punción TS normal (posterior-superior)
6. Ambas venas cavas impresionan permeables (inferior solo se ve porción intra-hepatica).

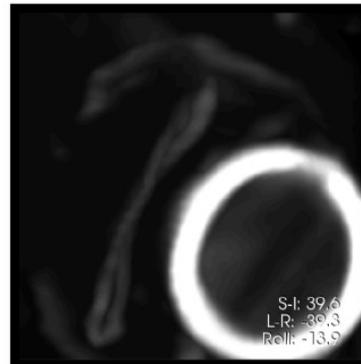
Orejuela izquierda



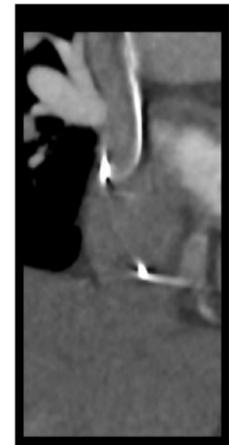
Punción



Proyección de implante



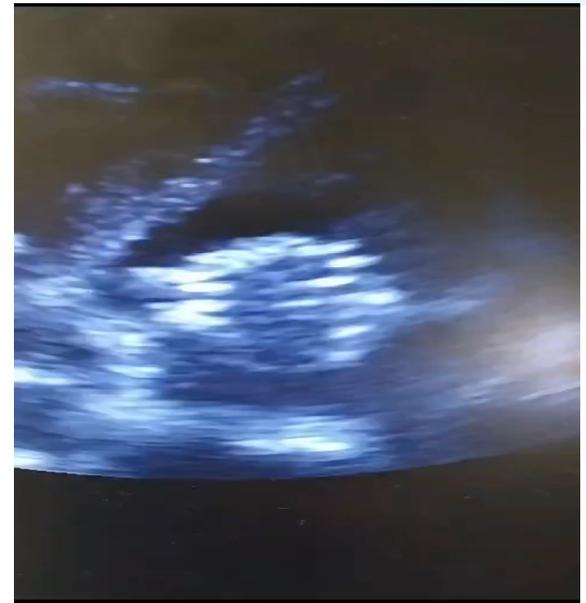
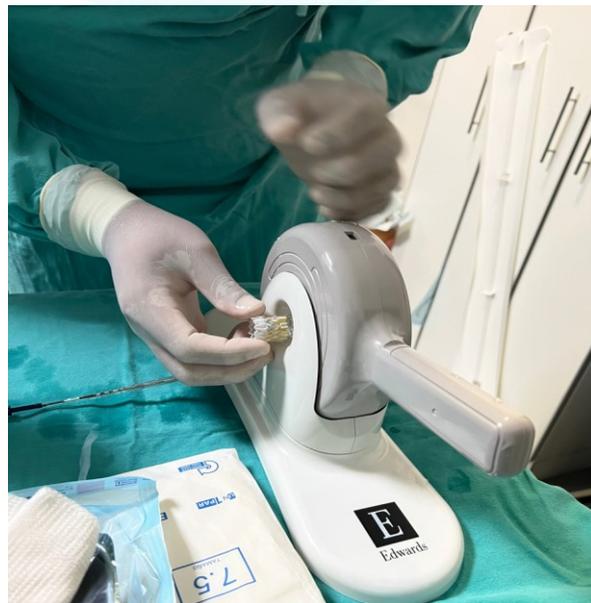
Venas cavas

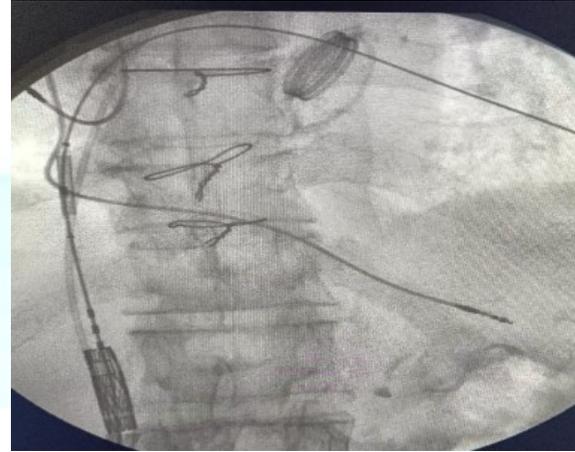




EN FEBRERO DEL 2023 SE
LLEVA A CABO "VALVE IN
RING" POR TMVI.

IMPLANTE DE VALVULA
EDWARDS N°29 MONTADA
EN POSICION MITRAL POR
PUNCION TRANSEPTAL
(SEPTOPLASTIA CON
BALON N°10) BAJO GUIA
RADIOSCOPICA Y
ECOCARDIOGRAFICA







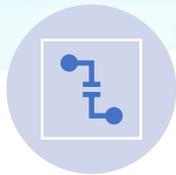
EL USO DE LA REPARACION QUIRURGICA DE LA VALVULA MITRAL AUMENTO DURANTE LA ULTIMA DECADA, Y PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL UTILIZANDO VALVULAS BIOPROTESICAS SE TRIPLICO



COMO CONSECUENCIA ESTA AUMENTANDO EL NUMERO DE BIOPROTESIS FALLIDAS O VALVULAS PREVIAMENTE REPARADAS QUE REQUIEREN UNA REINTERVENCION



LA INDICACION DE REINTERVENCION ES SENCILLA, SE CONSIDERA QUE LOS PACIENTES SINTOMATICOS CON ESTENOSIS MITRAL GRAVE, INSUFICIENCIA MITRAL O ENFERMEDAD MIXTAS SON ELEGIBLES



SIN EMBARGO, A PESAR DE LOS QUE LOS RESULTADOS REOPERACION MITRAL HAN MEJORADO CONTINUAN TENIENDO TASAS ELEVADAS DE MORTALIDAD.



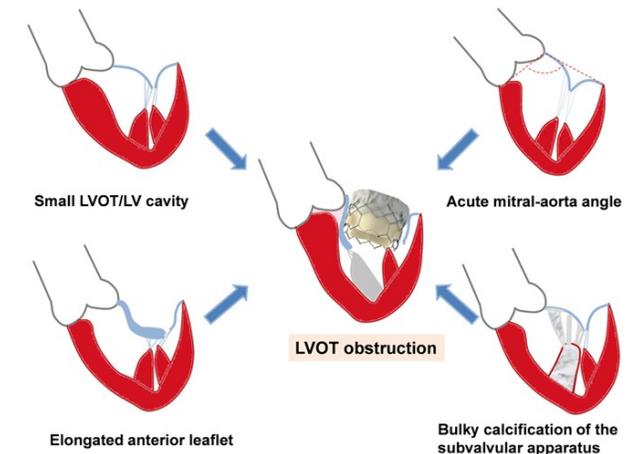
POR LO TANTO LAS ESTRATEGIAS COMO " VALVE IN VALVE" Y "VALVE IN RING" POR IMPLANTE DE VALVULA MITRAL TRANSCATETER (TMVI) SON ALTERNATIVAS ATRACTIVAS EN ESTE ESCENARIO.



MORTALIDAD PERIOPERATORIA SUSTANCIALMENTE MENOR EN VIV TMVI (VIV TMVI <2,8% FRENTE AL REEMPLAZO QUIRURGICO DE LA VALVULA MITRAL 7,6%)



LAS DIRECTRICES AMERICANAS EUROPEAS RECONOCEN VIV TMVI COMO UNA ALTERNATIVA RAZONABLE EN PACIENTES SELECCIONADOS CON MAYOR RIESGO QUIRURUGICO.





LOS DESAFIOS RESULTANTES ASOCIADOS CON TMVI INCLUYEN OBSTRUCCION DEL TRACTO DE SALIDA DEL VI, EMBOLIZACION Y MIGRACION DE VALVULA, FUGA PARAVALVULAR Y LONGEVIDAD POCO CLARA



LA CLAVE PARA UN TMVI EXITOSA SE BASA EN UN ANALISIS DE IMÁGENES MULTIMODALES CON ENFASIS EN LA TC CARDIACA CON CONTRASTE



EL NUMERO DE REPARACIONES TRANSCATETER DE LA VALVULA MITRAL CON "VALVE IN VALVE", "VALVE IN RING" Y "VALVE IN MAC" REALIZADA SIGUEN EN AUMENTO.



LOS RESULTADOS CLINICOS MEJORAN CON EL TIEMPO SIN EMBARGO SE NECESITA UN MAYOR REFINAMIENTO EN LA SELECCIÓN DE PACIENTES Y LA PLANIFICACION DEL PROCEDIMIENTO.



ES PRIMORDIAL EL TRABAJO EN EQUIPO (HEART TEAM) PARA PLANIFICACION Y RESOLUCION DEL CASO

