

Imagen en cardiología

CAVI in CAVI para paliar la migración protésica

CAVI in CAVI to resolve prosthesis migration

Sergio López-Tejero^{a,b,c,*}, Pablo Antúnez-Muiños^{a,b,c} e Ignacio Cruz-González^{a,b,c}^a Sección de Hemodinámica e Intervencionismo Estructural, Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), Salamanca, España^b Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

Recibido el 23 de julio de 2022; Aceptado el 19 de septiembre de 2022

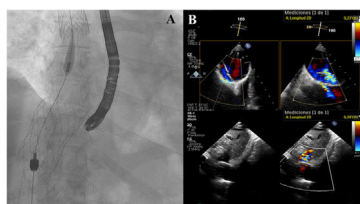


Figura 1.

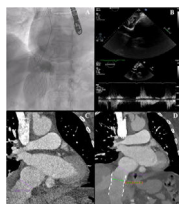


Figura 2.

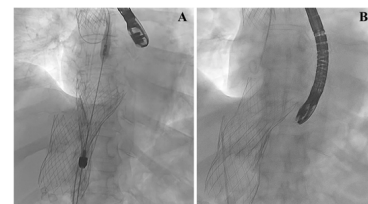


Figura 3.

Un varón de 71 años con insuficiencia tricuspídea masiva ingresó con edema periférico y ascitis, con un aumento de hasta 15 kg de peso, a pesar del tratamiento diurético intensivo (160 mg de furosemida, 50 mg de espironolactona y 25 mg de hidroclorotiazida). El equipo multidisciplinar decidió el implante de válvula en vena cava (CAVI) con prótesis TricValve (Products & Features, Austria) —superior 29 mm, inferior 41 mm—, ya que el paciente no era idóneo para someterse a una reparación de borde a borde y se consideró que tenía un riesgo quirúrgico elevado dada su obesidad extrema. El resultado de esta primera intervención fue bueno, con un despliegue de la prótesis ligeramente bajo y una fuga o *leak* residual mínima (< 3 mm) (figura 1A,B).

Tras mantenerse asintomático durante un año, se atendió al paciente por síntomas de insuficiencia cardiaca derecha. En la ecocardiografía se observó que las venas suprahepática y cava inferior estaban dilatadas y la función del ventrículo derecho conservada (TAPSE 20 mm), con una presión pulmonar media de 23 mmHg y una resistencia vascular pulmonar de 0,88 UW. En la angiografía auricular se constató un reflujo considerable hacia la vena cava inferior debido a la migración de la prótesis, ya que en la tomografía computarizada se observó un diámetro similar de la cava inferior con respecto a la anterior (figura 2A,D).

El implante de una segunda prótesis TricValve de 41 mm se consideró la mejor opción (CAVI in CAVI). Bajo anestesia general, guiado por radioscopia y ecocardiografía transesofágica (ETE), la segunda prótesis se implantó satisfactoriamente dentro de la prótesis anterior y se selló la transición desde la vena cava inferior hasta la aurícula derecha (figura 3) (vídeo 1 del material adicional). El paciente recibió el alta el día después de la intervención sin complicaciones. Al cabo de un mes, seguía encontrándose bien y había perdido 8 kg.

Hasta donde sabemos, esta es la primera intervención tricuspídea CAVI in CAVI para paliar la migración de la prótesis. Se obtuvo el consentimiento del paciente para esta publicación.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

S. López-Tejero y P. Antúnez-Muiños contribuyeron por igual en la idea, el diseño y el redactado de este artículo. I. Cruz-González dirigió este proyecto y aprobó la versión final. El autor para correspondencia acepta la responsabilidad de este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

I. Cruz-González es *proctor* de Products & Features.

ANEXO. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.09.007>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ser_sl@hotmai.com (S. López-Tejero).

[@serlotes](https://twitter.com/serlotes) [@pjantunez](https://twitter.com/pjantunez) [@icruzgonzalez](https://twitter.com/icruzgonzalez)

On-line el 19 de diciembre de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.09.007>

0300-8932/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.