



**SOLACI  
CACI`24**

ARGENTINA

BUENOS AIRES HILTON  
BUENOS AIRES, ARGENTINA

AUGUST  
7-9  
2024

# Mi peor pesadilla: “Tres no son multitud”

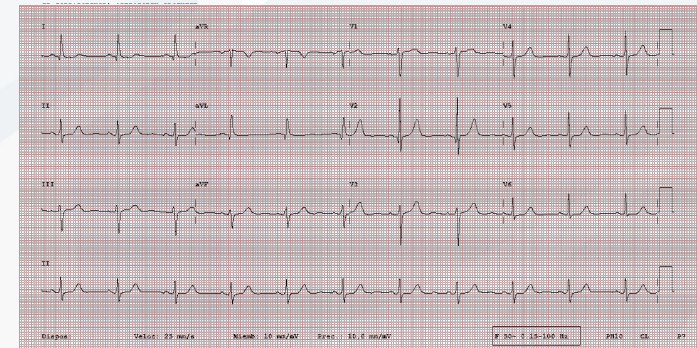
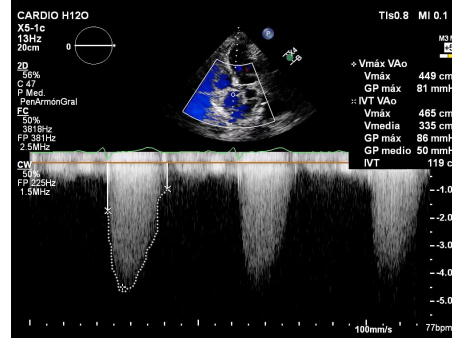
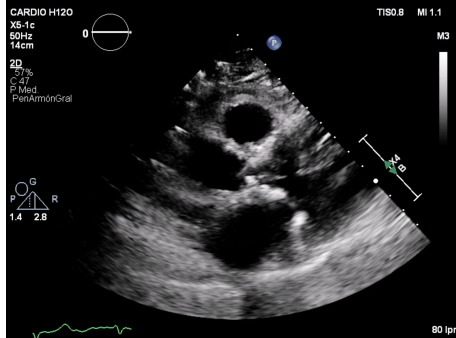


XXXIX ANNUAL CONGRESS OF LATIN AMERICAN SOCIETY OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY  
XXXIV NATIONAL ANNUAL CONGRESS OF THE ARGENTINE COLLEGE OF INTERVENTIONAL CARDIOANGIOLOGY

[www.solacicongress.org](http://www.solacicongress.org)

# Presentación caso clínico

- Mujer 85 años. 59 kg, 150 cm.
- FRCV: HTA, DM 2.
- **Estenosis aórtica severa degenerativa** con FEVI conservada y HVI severa (SIV 15 mm) sin OTSVI. CF NYHA II; no dolor torácico ni síncope.



□ ETT: GMax/GMed 81/50 mmHg. AVAo 0,87 cm<sup>2</sup>. Calcificación valvular y del TSVI. IAo ligera. IM e IT ligeras. No HTP.

# Estudio de arterias coronarias y aorta: TC

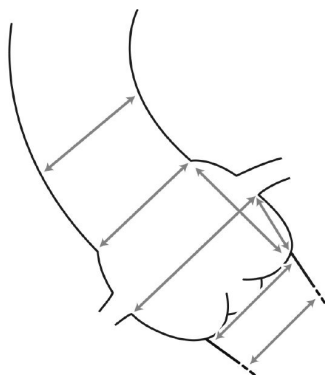
- Arterias coronarias sin estenosis significativas (TC coronario): calcio score 45 (p24, bajo riesgo de eventos coronarios).
- Anillo valvular aórtico con área de 310 mm<sup>2</sup>. Cavidad ventricular pequeña (DTSVI 8.6 mm, DTDVI 37 mm).

ANNULUS

Diameter (mm)	17,0	x	23,5	,	20,2
	Min		Max		Mean
Perimeter (mm)	63,8		Derived Ø (mm)		20,3
Area (mm <sup>2</sup> )	310,6		Derived Ø (mm)		19,9

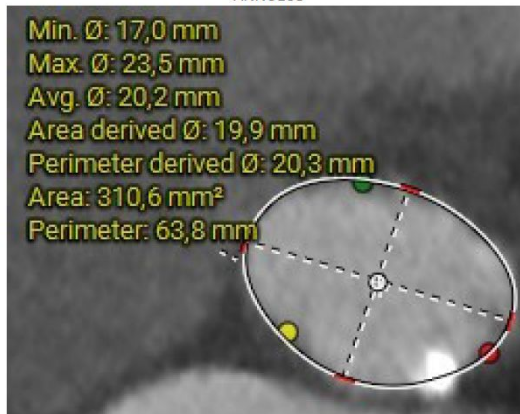
LVOT

Diameter (mm)	14,7	x	24,3	,	19,5
	Min		Max		Mean
Perimeter (mm)	62,4		Derived Ø (mm)		19,9
Area (mm <sup>2</sup> )	279,7		Derived Ø (mm)		18,9



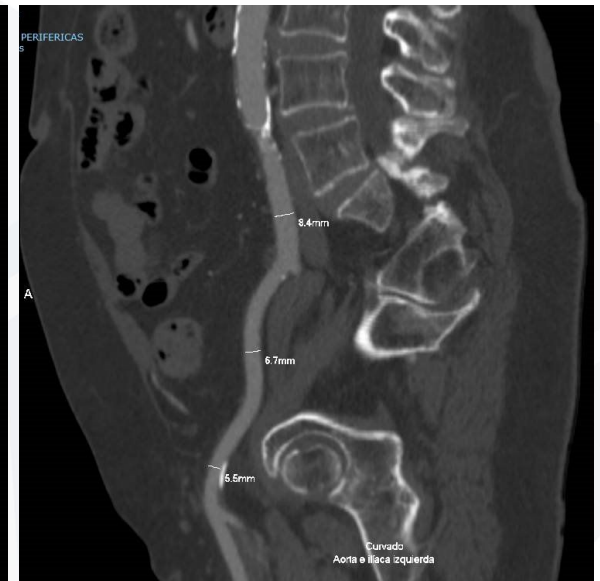
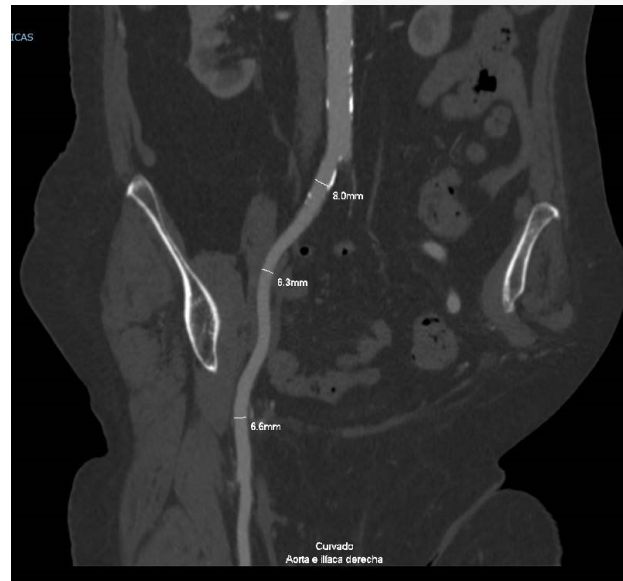
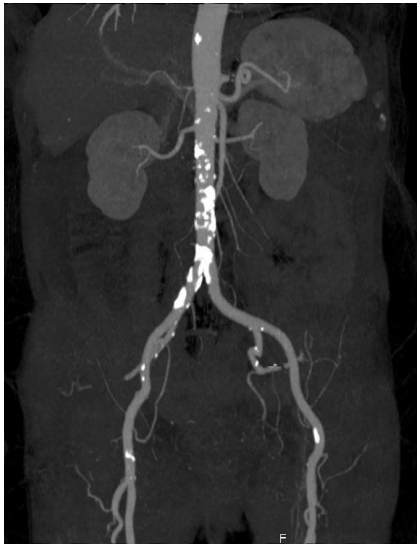
Max Ascending Aorta Diameter (mm)	30,6		
Sinotubular Junction Diameter (mm)	22,4	x	23,6
	Min		Max
Sinus of Valsalva Diameter (mm)	28,3	25,5	28,3
	LCC	RCC	NCC
Sinus of Valsalva Height (mm)	18,2	19,0	18,1
	LCC	RCC	NCC
Coronary Ostia Height (mm)	9,8	15,0	
	Left	Right	

ANNULUS



# Discusión y estudio de ejes iliofemorales

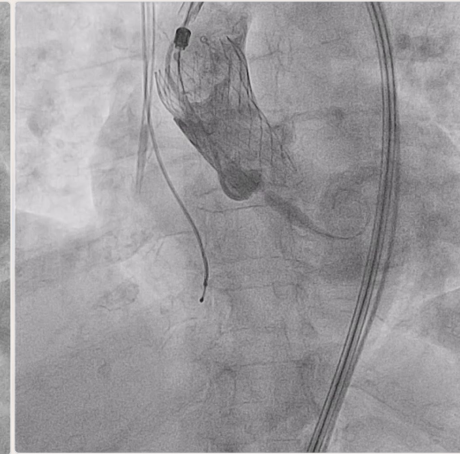
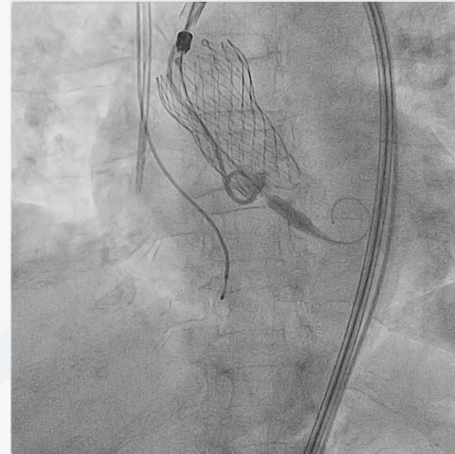
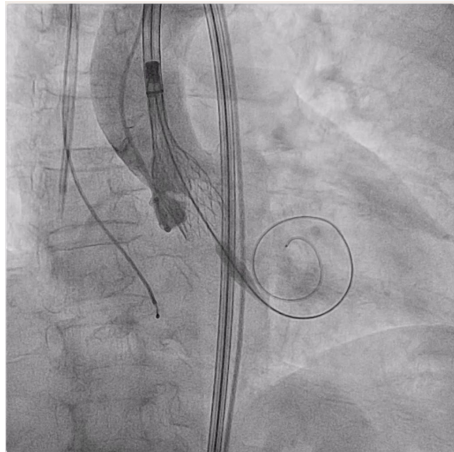
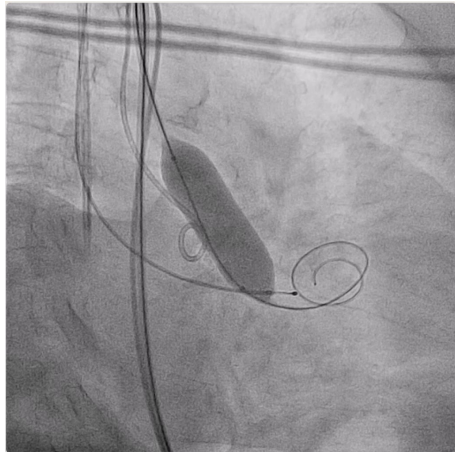
- Cavidad ventricular pequeña, calcio en pared del tracto de salida del VI. Las arterias coronarias han sido estudiadas mediante TC coronario; dado el bajo percentil que presenta (buena calidad del estudio), se descarta realizar coronariografía. Ejes iliofemorales válidos para TAVI-TF.



□ Se incluye en LE para implante de TAVI transfemoral (ingreso programado).

# Implante de TAVI-TF

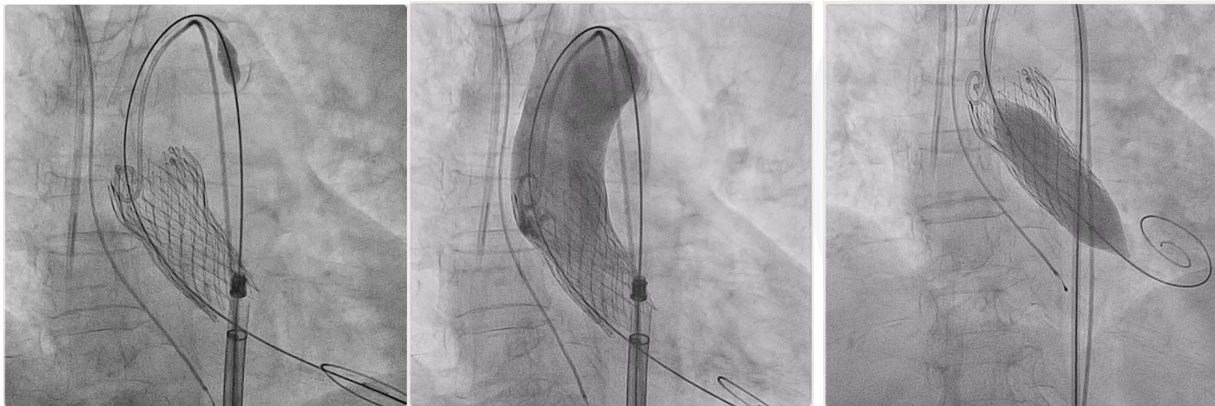
- Sedación superficial (Anestesia). PA 180/71/117 mmHg, SatO2 99%. Marcapasos transitorio por yugular derecha.
- Por vía femoral derecha y previa dilatación con balón de 18mm, se implanta prótesis transcátéter Evolut Pro+ 26 con mala tolerancia hemodinámica.



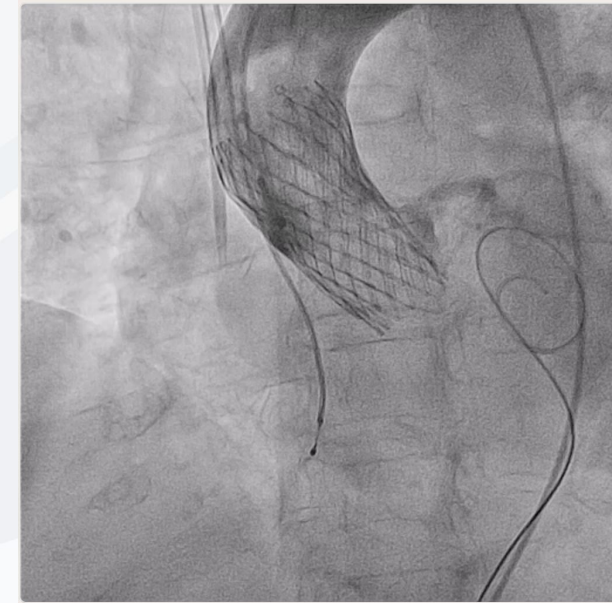
*Pop-up* durante la fase final de liberación con IAo masiva posterior y parada cardíaca (DEM).

# Implante de TAVI-TF

- IntraPCR (durante maniobras de RCP) se realiza implante de **segunda Evolut Pro+ 26** "TAVI-in-TAVI" con buena posición y sin oclusión coronaria, consiguiendo recuperación de pulso y estabilización, aunque con IAo II-III, por lo que se sobredilata con balón de 23mm.

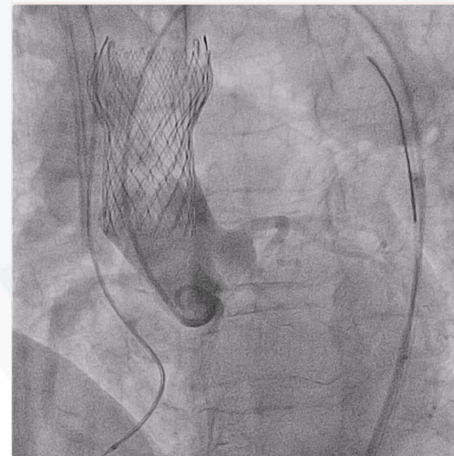
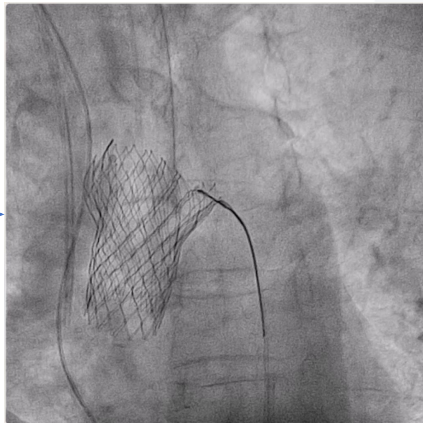
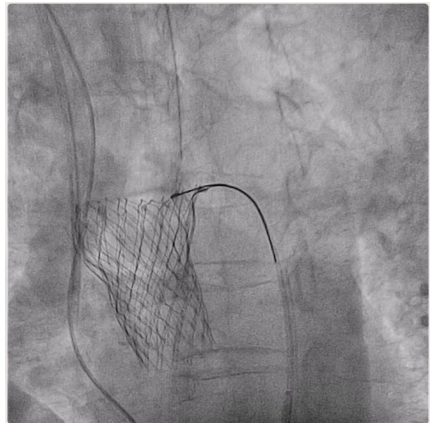


Tras la dilatación se evidencia oclusión de CD, con nueva parada cardiorrespiratoria.

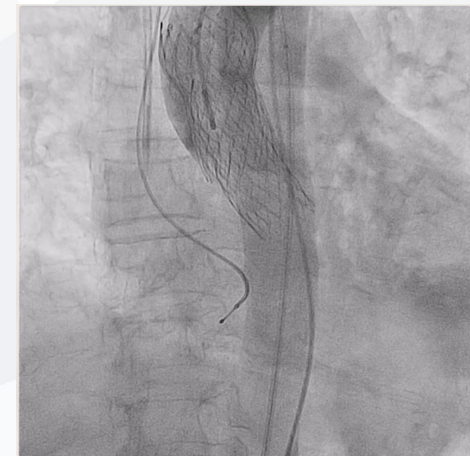


# Implante de TAVI-TF

- Durante las maniobras de RCP se intenta recruzar la CD con guía sin éxito.
- Posteriormente se tracciona de una corona con lazo sin conseguir desplazamiento de la válvula, por lo que se hace nuevo intento de retirada de doble prótesis con doble lazo a aorta ascendente (riesgo de disección aórtica), realizándose con éxito.
- Tras estabilización hemodinámica se implanta **tercera Evolut Pro+ 26** en posición aórtica solapada (para lo que es necesario forzar flexión con lazo intra-TAVI para avanzar sobre las previas). IAO grado I final con buena posición global sin oclusión de estructuras vasculares colindantes.



*Permeabilidad de ambos ostium coronarios*



*Implante de 3ª prótesis*

# Implante de TAVI-TF

- Cierre femoral derecho con doble Perclose Proglide, con excesiva estenosis residual por lo que se dilata con balón de 5 mm quedando buen resultado. Doble cierre femoral izquierdo con Angio-Seal de 6F (fue necesario doble acceso durante maniobras).

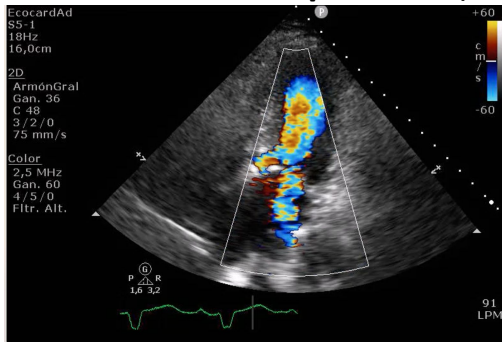


- **Bloqueo AV completo** durante todo el procedimiento, aunque **sale de la sala en ritmo propio**.

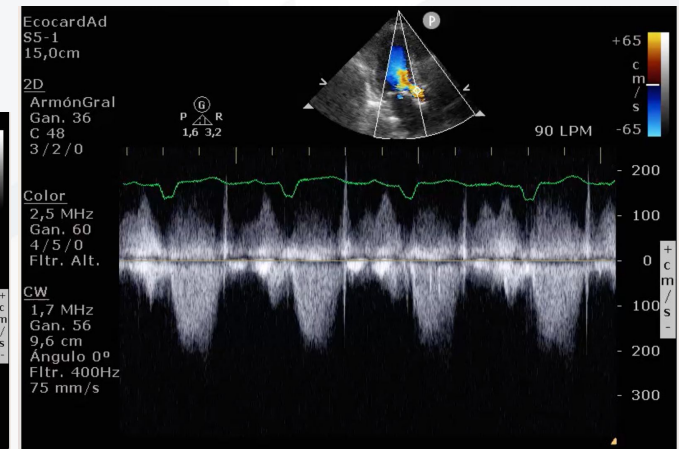
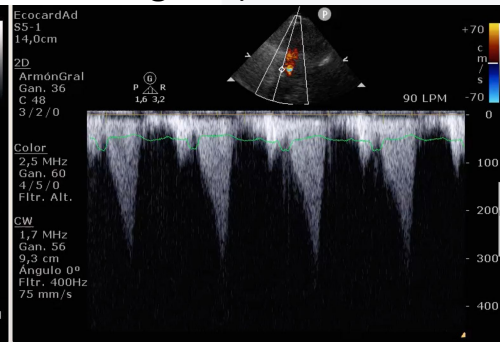


# Evolución

- Unidad Coronaria: 48 primeras horas con evolución favorable; inicialmente dobutamina + noradrenalina. Ventana neurológica sin focalidad y extubación en 24 h (broncospasmo que revierte con corticoides y broncodilatadores). Ritmo sinusal con **BRIHH** de novo. Pasa a planta a las 72 horas.
- Estenosis arteria femoral derecha 60-70% (manejo conservador).
- No hemorragias; AAS en las primeras 24 horas.
- **ETT al alta hospitalaria (7 días de ingreso):**



Gradiente obstructivo subaórtico (43 mmHg basal) con SAM



Prótesis normofuncionante (19/10 mmHg) sin insuficiencia residual.

# CONCLUSIONES

- El *pop-up* es una complicación infrecuente pero potencialmente fatal en el implante de TAVI. Para prevenirla es fundamental una adecuada planificación preimplante.
- En las prótesis autoexpandibles y recapturables es importante ajustar el parallax previo a la liberación final.
- En caso de *pop-up* se puede producir oclusión coronaria, cuyo riesgo aumenta ante el implante de una segunda TAVI.
- Cuando se produce secuestro del seno coronario, la retirada de la prótesis a aorta ascendente es prácticamente mandatoria.
- Nunca hay que perder la esperanza ante complicaciones fatales. Disponer de los recursos adecuados es clave para conseguir revertir una pesadilla en hemodinámica.