

#049 | Implantación exitosa de prótesis aórtica sin sutura en cirugía de reintervención: primer caso en la institución

Valentina Isj¹; Juan Montero¹; Santiago Cubas¹; Daniel Brusich¹; Victor Dayan¹
1 - Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela.

Introducción:

La reintervención en cirugía cardíaca duplica la mortalidad operatoria. La EI protésica es una enfermedad grave, y la mortalidad quirúrgica es aún mayor que en EI Valvular nativa. Presentaremos el caso de una paciente sometida a tres cirugías sobre la válvula aórtica, colocando en última instancia una prótesis aórtica sin sutura.

Historia clínica:

Sexo femenino, 71 años, HTA, hipotiroidismo, trombocitopenia inmune y sobrepeso. En 2009 sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica y de aorta ascendente por tubo simple preservando la raíz. En junio del 2024 ingresa por declinación funcional, aumento de DE habitual y fiebre. Se diagnosticó endocarditis infecciosa tardía sobre válvula protésica a staphylococcus aureus meticilino sensible, complicada con absceso perianular y embolia esplénica. Se decide intervención quirúrgica de urgencia el 17/6/24. Se realiza reparación de anillo aórtico con parche de pericardio bovino y recambio valvular aórtico con colocación de bioprótesis Avalus N 23mm. ETE intraoperatorio confirma prótesis normofuncionante y ausencia de fugas. Cuatro meses después consulta en emergencia por DE CFNYHA IV, presentando al examen físico un soplo holosistólico en foco aórtico 4/6, signos de hiperpulsatilidad y estertores crepitantes. Se realizó ETT que evidenciaba fuga paravalvular severa. La paciente es reintervenida el 11/11/24. En el intraoperatorio se evidencia válvula aórtica protésica con fuga paravalvular a nivel de seno coronario izquierdo y derecho, se explanta la misma. Anillo aórtico indemne, no se observan abscesos. Se coloca bioprótesis Perceval plus L. ETE intraoperatorio confirma ausencia de fugas paravalvulares.

Pruebas complementarias:

ETE preoperatorio 16/06/24: FEVI 55%. Prótesis mecánica estable, correcta motilidad de sus discos, insuficiencia sobre el anillo protésico hora 9, grado moderado-severo. Imágenes ecogénicas móviles en relación a la prótesis de hasta 7,5 mm compatibles con vegetaciones, marcado engrosamiento de la fibrosa mitroaórtica compatible con absceso perianular. ETT postoperatorio inmediato: HVI concéntrica moderada. FEVI 60%. Biauriculomegalia. Prótesis biológica con fuga valvular leve y paravalvular moderada. Raíz de aorta levemente dilatada. ETE 6/11/24: Bioprótesis aórtica con fuga paravalvular severa e imagen compatible con pseudoaneurisma de seno de valsalva no coronario. IMi leve. Se descarta EI.

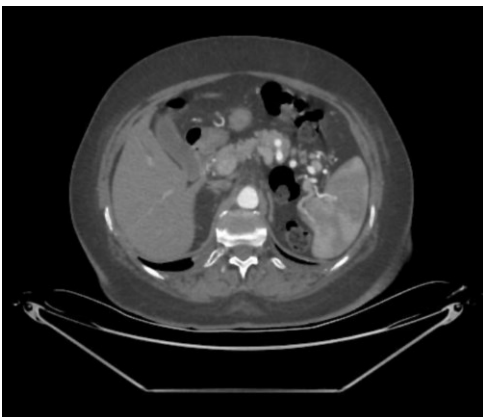


Imagen 1. Corte de angioTAC donde se aprecian áreas hipodensas compatibles con infarto esplénico.



Imagen 2. Prótesis explantada en segunda reintervención

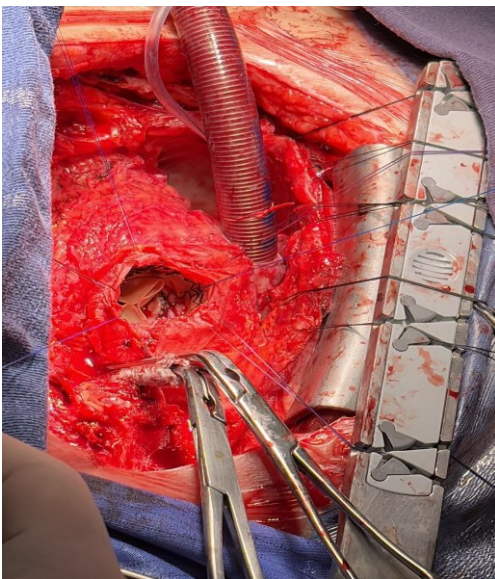


Imagen 3. Implantación de prótesis valvular aórtica sin sutura

Diagnóstico:

Dado la presentación clínica y los hallazgos ecocardiográficos se realizó diagnóstico de fuga paravalvular severa, sintomática, en paciente con bioprótesis aórtica con implantación menor a 6 meses.

Discusión:

Las reintervenciones asocian mayor riesgo que los procedimientos primarios por múltiples motivos, incluyendo el riesgo que implica la reapertura esternal y más comorbilidades. La paciente fue reintervenida en dos oportunidades de forma exitosa, optando por una prótesis sin sutura dado el antecedente de reparación del anillo aórtico con parche de pericardio. Este constituye en el primer caso de implantación de dicha prótesis en la institución, representando una alternativa eficaz en estas circunstancias. La evolución fue favorable, alta a domicilio a los 11 días, asintomática a los 4 meses de la intervención. El ETT de control informó HVI concéntrica severa, FEVI conservada, prótesis biológica estable con gradientes adecuados, sin insuficiencia ni fugas paravalvulares, tubo aórtico sin fugas.