

Implante de Evolut R en bioprótesis Perceval con insuficiencia periprotésica



Evolut R implantation in Perceval bioprosthesis with periprosthetic leakage

Ramiro Trillo Nouche*, Fernando Gómez Peña, Diego López Otero, Xoan Carlos Sanmartín Pena, Ana Belén Cid Álvarez y José Ramón González Juanatey

Unidad de Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIVERCV), Santiago de Compostela, A Coruña, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000010>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000011>

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 83 años, hipertenso, diabético, con estenosis aórtica grave sintomática, función ventricular conservada e insuficiencia mitral ligera y sin enfermedad coronaria.

Presentaba un riesgo quirúrgico bajo-intermedio (puntuación de la *Society of Thoracic Surgeons* del 3,1%) y en sesión médico-quirúrgica se decidió realizar el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica.

Se implantó una bioprótesis aórtica sin suturas Perceval (*Perceval Sutureless Aortic Heart Valve*, Sorin) de tamaño L. El ecocardiograma de seguimiento previo al alta mostró un gradiente transvalvular aórtico de 22/11 mmHg y 2 chorros de regurgitación periprotésicos que sugerían insuficiencia aórtica de ligera a moderada, con una presión sistólica de la arteria pulmonar de 40 mmHg.

Cinco meses después del reemplazo valvular, el paciente ingresó por insuficiencia cardiaca aguda con edema agudo de pulmón. En la exploración física, la auscultación mostró un soplo sugestivo de regurgitación aórtica de grado III/IV y estertores pulmonares bilaterales. El ecocardiograma reveló insuficiencia aórtica grave secundaria a la ausencia de cobertura del *stent* de la bioprótesis aórtica a nivel del anillo aórtico en la zona correspondiente al seno no coronario y la mayor parte del seno coronario derecho, que condicionaba 2 chorros de regurgitación hacia el ventrículo izquierdo, el cual se encontraba ligeramente dilatado. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo estaba algo deprimida. La insuficiencia mitral se documentó como grave y la hipertensión pulmonar también era grave, con una presión sistólica de la arteria pulmonar de 60 mmHg.

CONFLICTO DE INTERESES

R. Trillo Nouche es *proctor* para Medtronic.

* **Autor para correspondencia:** Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Rúa da Choupana s/n, 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Correo electrónico: ramirottrillo@mac.com (R. Trillo Nouche).

Online: 29-04-2019.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000009>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.