

Imagen en cardiología

Prótesis aórtica vía subclavia con *bypass* de mamaria

TAVI Through the Left Subclavian Artery With a LIMA Graft

Ignacio Cruz-González^{a,*}, Javier Martín-Moreiras^a y Ramiro Trillo^b

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

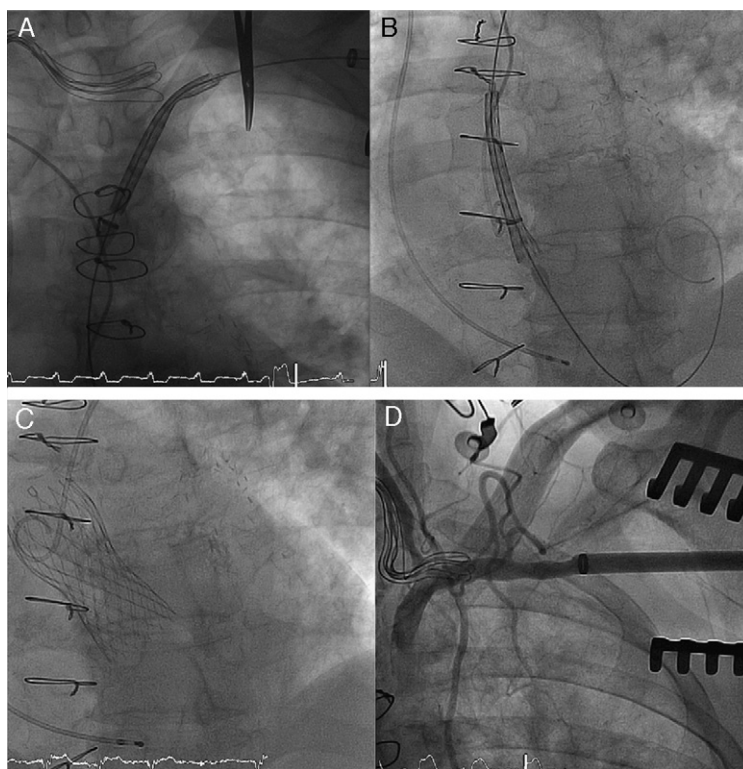


Figura 1.

Describimos el caso de un varón de 64 años con estenosis aórtica grave sintomática y antecedentes personales de hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, arteriopatía periférica, hipertensión pulmonar, insuficiencia mitral moderada, disfunción ventricular, estenosis carotídea y revascularización coronaria quirúrgica (arteria mamaria interna a descendente anterior, radial a obtusa marginal y safena a interventricular). Dado el alto riesgo quirúrgico, se lo consideró candidato a implante transcáteter de prótesis aórtica.

Tras valorar las distintas posibilidades, se decidió realizar el implante por vía subclavia, se expuso la arteria subclavia mediante mínima incisión y se canalizó tras punción directa. Se avanzó el introductor de 18 Fr y se mantuvo proximal al origen de la arteria mamaria (fig. 1A). Se implantó una prótesis CoreValve de 29 mm (Medtronic), sin complicaciones (figs. 1B y C). La angiografía de control no mostró afectación de la arteria mamaria (fig. 1D).

La vía transaxilar o el acceso por subclavia se utilizan como alternativa al acceso femoral o transapical para el implante transcáteter de prótesis aórtica. Se considera que, si previamente la arteria mamaria interna ha sido usada para revascularización coronaria, está contraindicada la utilización de este acceso, por la posibilidad de dañar el origen de la arteria mamaria al avanzar el introductor. Recientemente se ha descrito la seguridad de este abordaje incluso en presencia de un puente de mamaria avanzando el introductor hasta la aorta ascendente; sin embargo, el caso aquí expuesto es el primero que describe la posibilidad de realizar el implante manteniendo el introductor proximal al origen de la arteria mamaria, con lo que se disminuye el riesgo de complicaciones.

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: cruzgonzalez.ignacio@gmail.com, i.cruz@usal.es (I. Cruz-González).

On-line el 12 de junio de 2011

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en