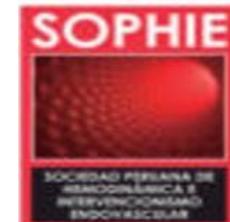




XLVIII Jornadas SOLACI

17° Región Andina

3 y 4 de octubre 2024



CASO CLÍNICO



Dr. Ricardo ARCE Cano

CARDIÓLOGO

CARDIOANGIÓLOGO
INTERVENCIONISTA.

MAGISTER EN MEDICINA
MENCIÓN EN CARDIOLOGÍA

CONSULTOR MÉDICO EN TERAPIA
ENDOVASCULAR Y ESTRUCTURAL

RAC

Paciente mujer 73 años: Disnea (10 m.), dolor torácico (3 m.), síncope (1 m.)

FR CV: HTA(+) DLP (-) DM2 (-) ERC (-) Ac úrico (-) Tabaco(-)

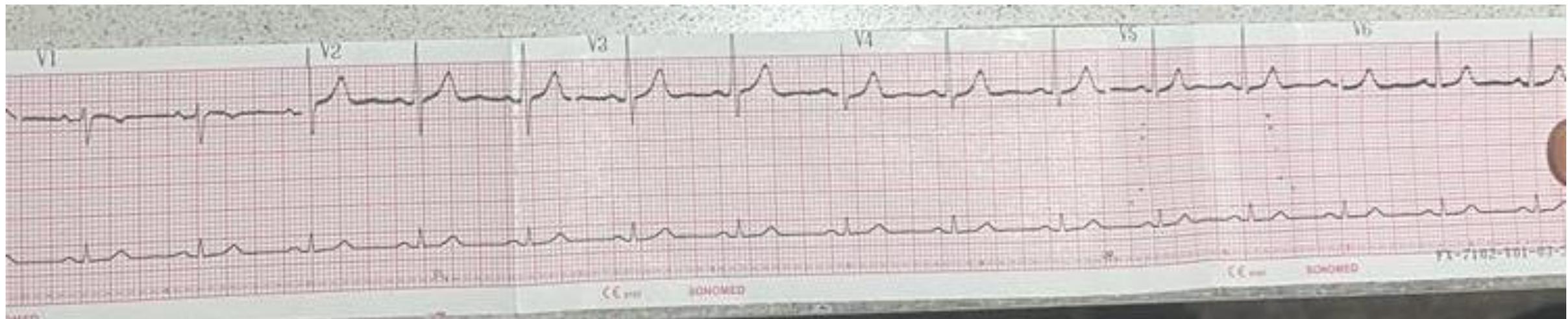
ANTECEDENTES :

- Enfermedad mixta tejido conectivo (1999)
- Hipotiroidismo (1999)
- Linfoma No Hodgkin (2018): 6 sesiones de QT (última enero 2019 – “curada”)
- Masa de pulmón e hígado – NM? (2018)
- EPOC (2019)
- Glaucoma y catarata en ambos ojos (2019)
- Quiste pancreático (2022)
- Onicomiosis mano en tratamiento actual
- Apendicectomía.
- Hernioplastia umbilical.
- Exéresis de lipoma hombro derecho.
- Cirugía por colesteatoma oído derecho.
- Cirugía por fractura de 5to metatarsiano pie derecho.
- Cirugía menisco rodilla izquierda.

MEDICACIÓN :

- Levotiroxina 100ug VO c/24h.
- Irbesartan 150mg VO c/24h.
- Prednisona 5mg VO c/24h.
- Ácido alendrónico 70mg VO c/semana.
- Terbinafina 250mg VO c/24h.
- Citrato de potasio 1500mg + Vitamina D3 400UI VO c/24h.
- Pregabalina 75mg VO c/24h.
- Atorvastatina 40mg VO c/24h.
- Latanoprost 1 gota oftálmica c/ ojo c/24h.
- Lagrimas artificiales 1 gota c/ ojo c/6h.
- Bromuro de tiotropio 1 puff c/ 24h.
- Sertralina 50mg VO c/24h.

- RAMS: Ciprofloxacino y clindamicina.



Conclusiones

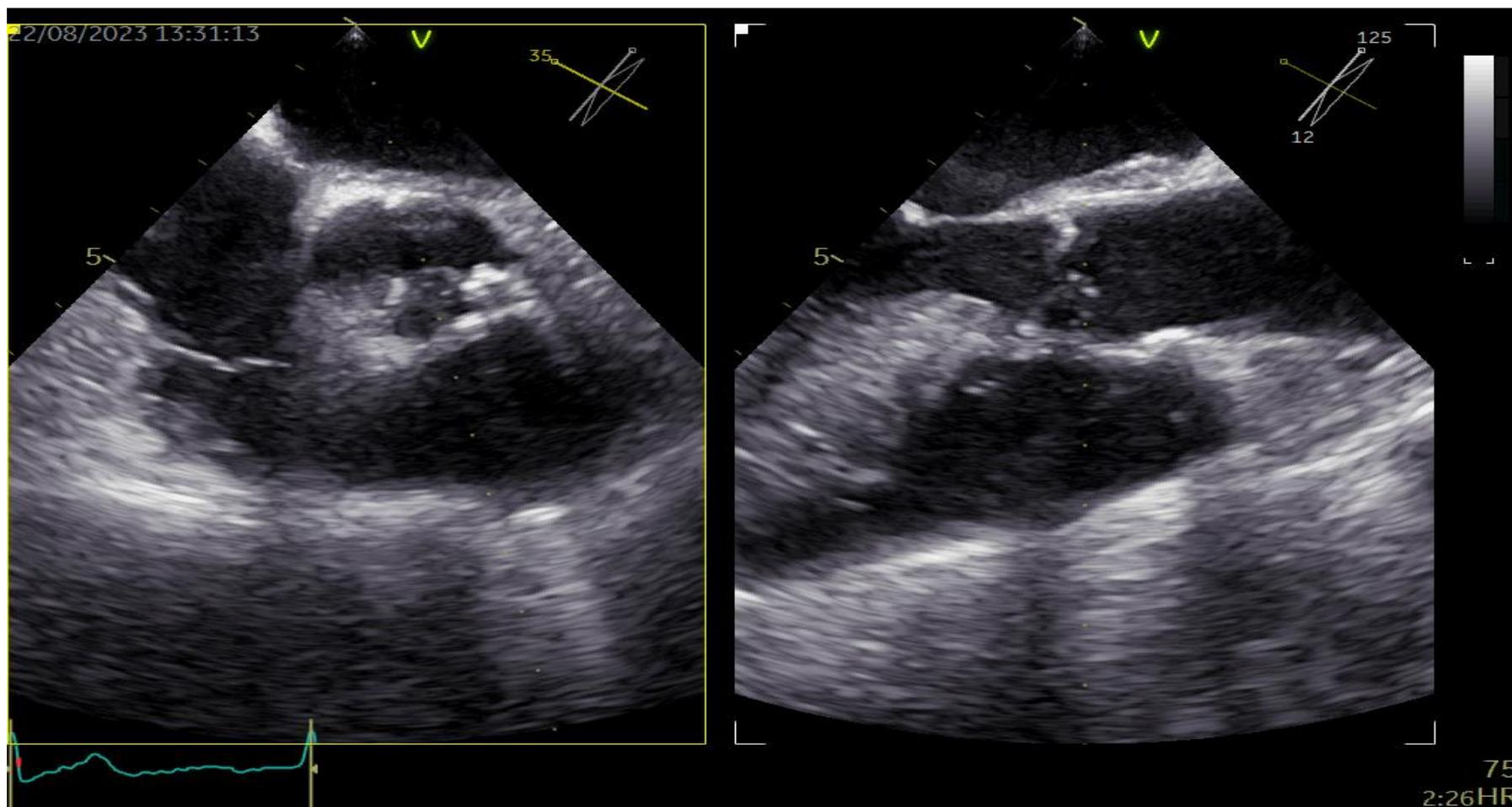
1. PAREDES CARDIACAS: HIPERTROFIA CONCENTRICA MODERADA DEL VI . MASA INDEXADA 137gr/m², GRP 0.9
2. CAVIDADES CARDIACAS: NORMALES.
3. APARATO VALVULAR: ESCLEROCALCIFICACION AÓRTICA CON DOBLE LESION. ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA (V. MAXIMA 3.42m/s, GRADIENTE MEDIA 25mmHg, GRADIENTE MAXIMA 46mmHg, AVA EC1cm²). INSUFICIENCIA AORTICA LEVE, THP 685ms. INSUFICIENCIA MITRAL Y TRICUSPIDEA, AMBAS LEVES.
4. CONTRACTILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADAS.
5. FUNCION SISTÓLICA DEL VI Y VD CONSERVADAS. FEVI BP 71%, SLG CONSERVADO -22% TAPSE 23mm, ONDA S TRICUSPIDEA 12cm/s.
6. FUNCION DIASTOLICA: PATRON DE RELAJACION LENTO DEL VI, E/E 12
7. PERICARDIO LIBRE, NO EFUSIONES.
8. VCI NO DILATADA, COLAPSABILIDAD ADECUADA. FLUJO DE VENAS SUPRAHEPÁTICAS NORMAL.
9. BAJA PROBABILIDAD DE HTP

Fecha 11/07/2023

(physician)

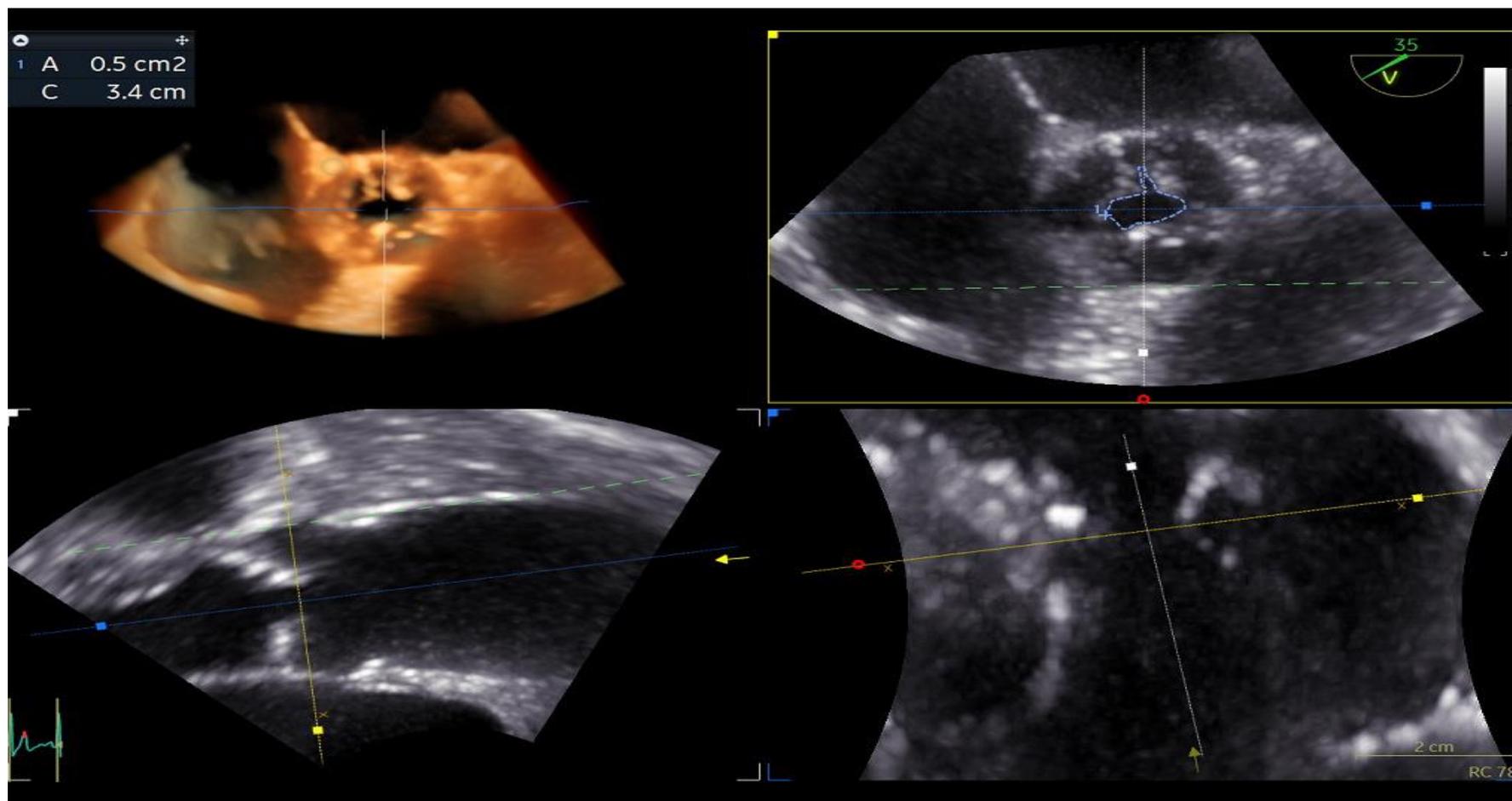


.....
DR. MARÍA BÁRBARA SALVEDRA
CARDIOLOGO
CNP 24794 RNE 40404

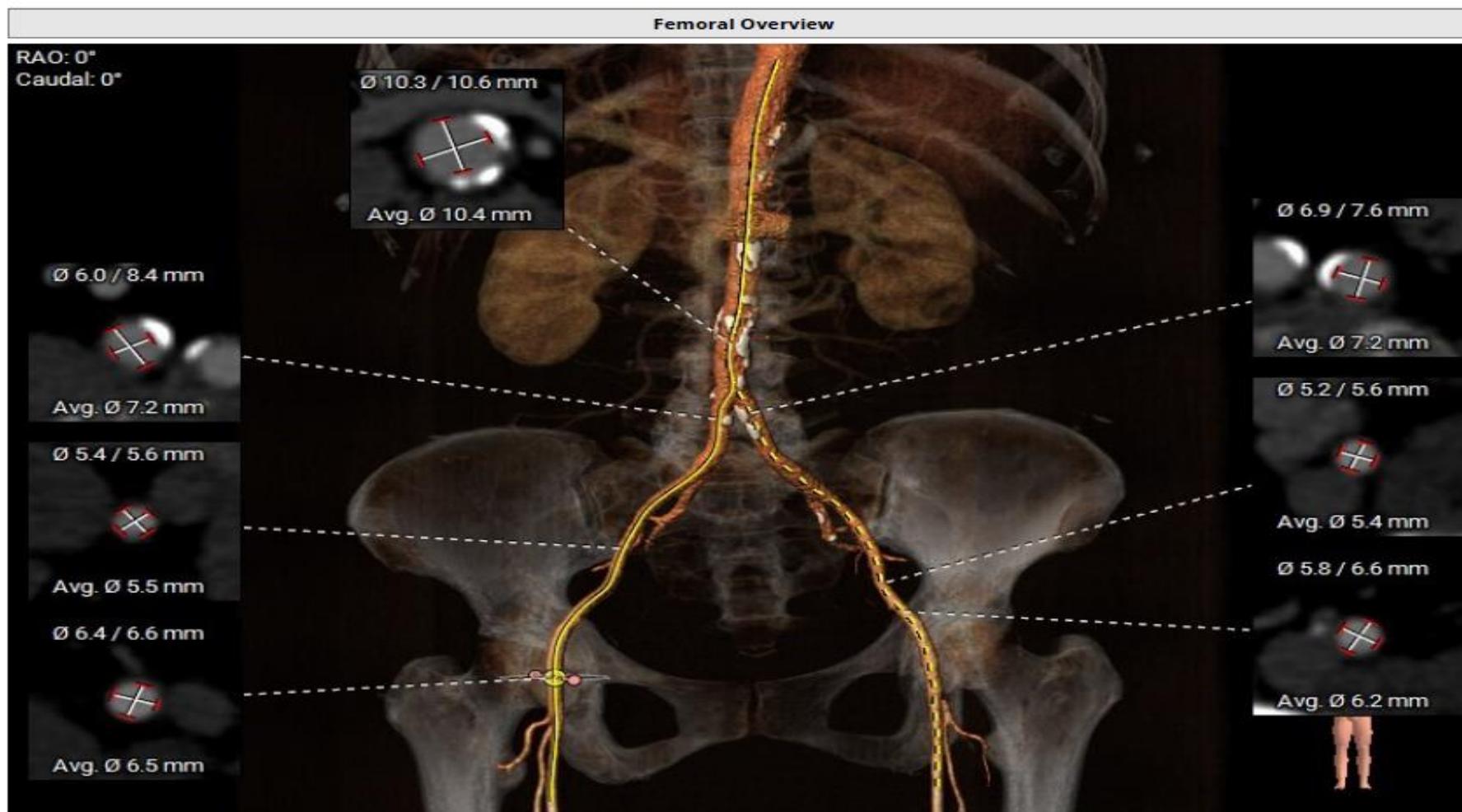


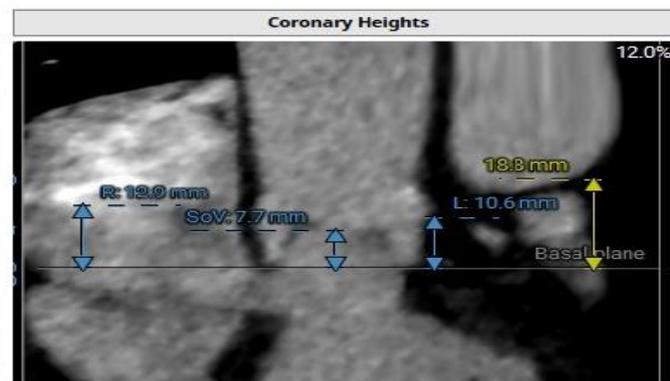
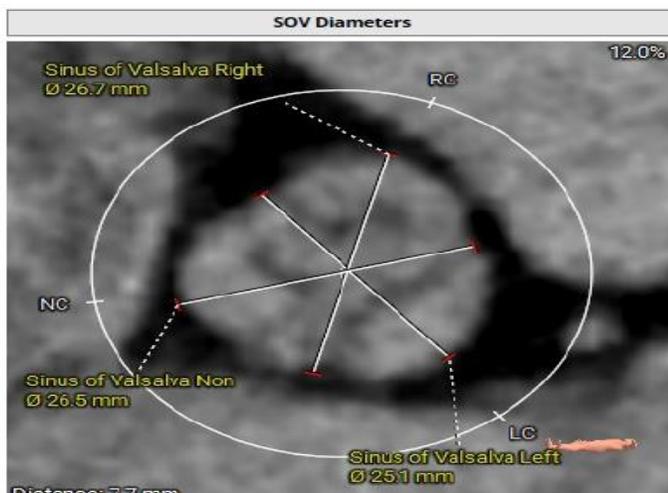
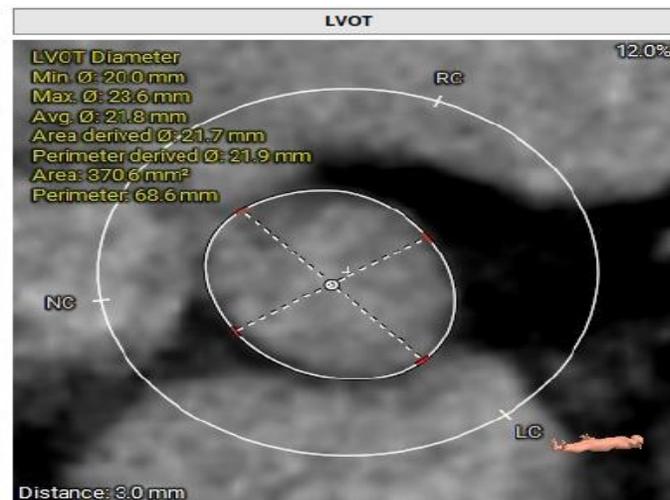
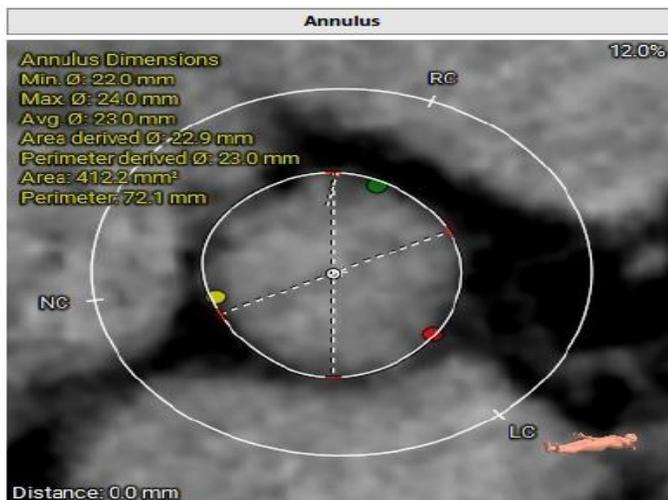
Conclusiones

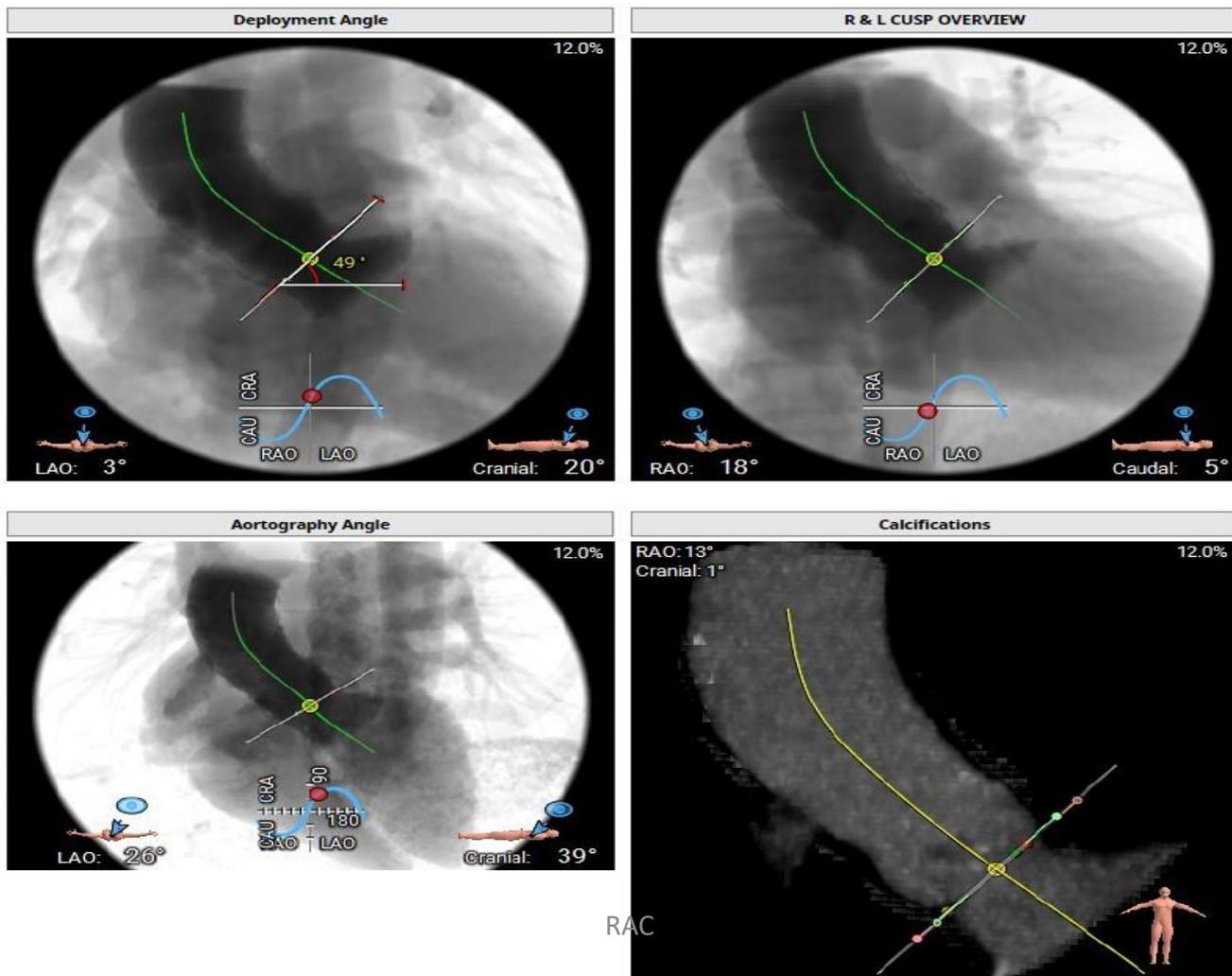
ESTENOSIS AORTICA SEVERA VALVULA TRIVALVA CON CALCIFICACION
ESTADIO II POR STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL
AREA POR ECUACION 0.9CM² VELOCIDAD 3.98M/S
GRADIENTE MEDIO 33MMHG
AREA PLANIMETRIA 3D 0.5CM²
INSUFICIENCIA AORTICA LEVE
AREA VENA CONTRACTA 0.1CM²
INSUFICIENCIA MITRAL LEVE AREA VENA CONTRACTA 0.1CM² MODELO MITRAL
AREA 8.6CM² EXCURSION 7,9MM VELOCIDAD 38MM/S
OREJUELA IZQUIERDA SIN TROMBOS VELOCIDADES ADECUADAS 0.82
FRACCION DE EYCCION VI FEY 57% VFD 102 ML VFS 44 STRAIN LONGITUDINAL
GLOBAL -14.7%
ANILLO AORTICO AREA 3.3CM²
DIAMETRO MAX 2.3CM DIM MIN 1.9CM
AORTA SINUSAL 2.7CM UNION SINIOTUBULAR 1.9 AORTA SCENDENTE 3.0CM²













XLVIII Jornadas SOLACI

17° Región Andina

3 y 4 de octubre 2024

Report Details

Creation Date: 23-09-2023 **Physician:** Dr Arce & Zamora
Created By: MERIL TAVI CORELAB (SM) **Hospital:** Naval Hospital
Received Date: 23-09-2023 **City:**
Reviewed Date: **Country:** Peru

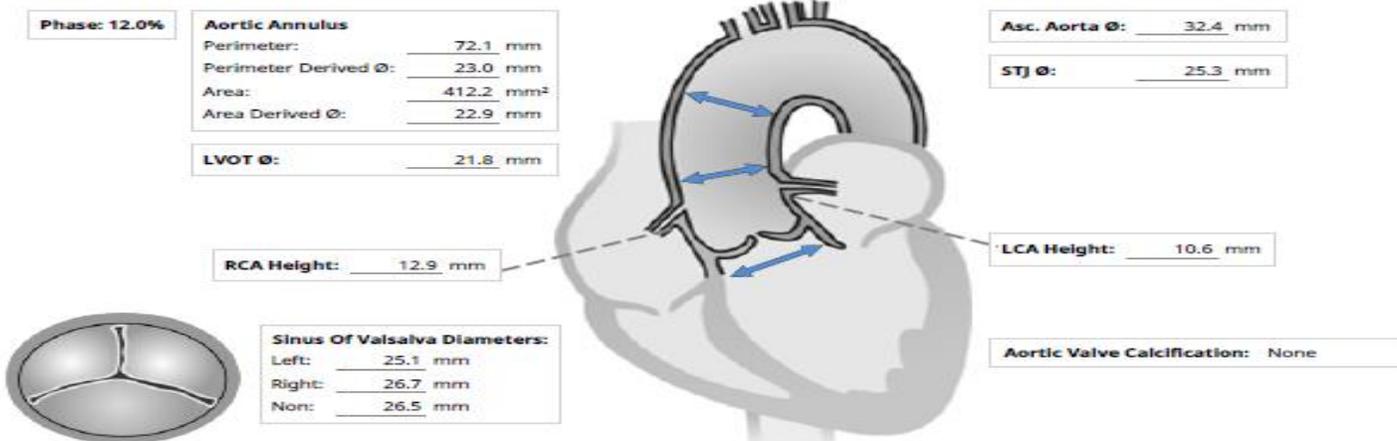
Patient Information

Name: EFFIO MARTINEZ GLORIA **Height:** m **NYHA:**
Gender: Female **Weight:** 65 kg **EuroSCORE II:** %
Year Of Birth (Age): **BMI:** **STS Score:** %

Comments: 3mensio Analysis Done on 12% Phase.
 Note: Taken measurement might be uncertain due to motion blur Artifacts.
 Kindly Correlate with CT scan and Echography Examination.

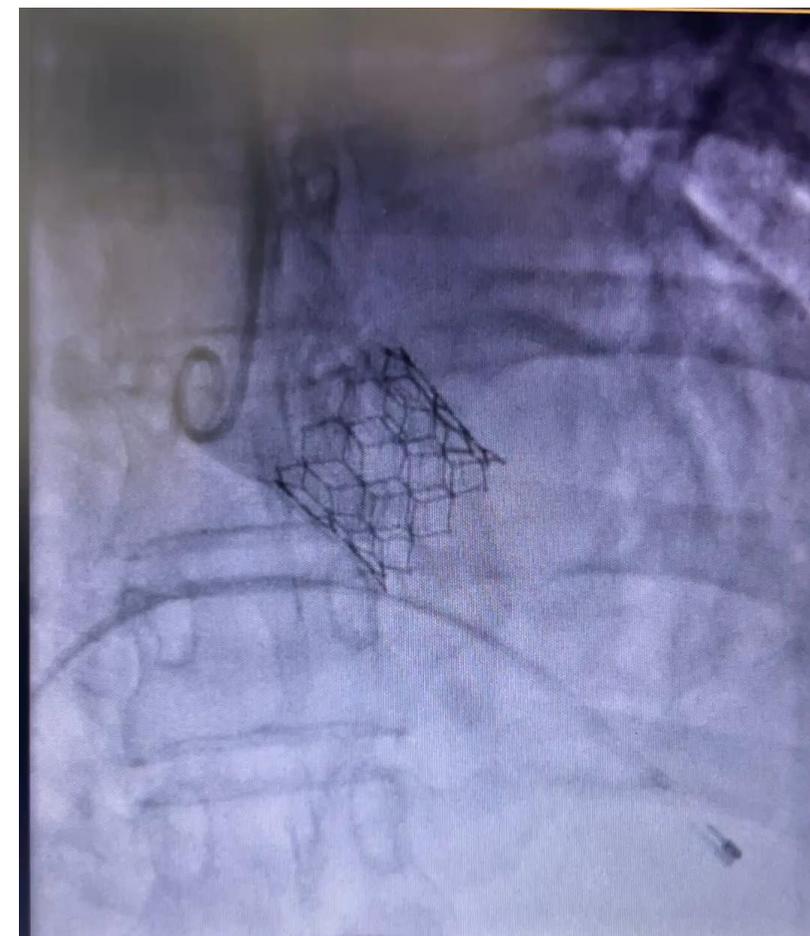
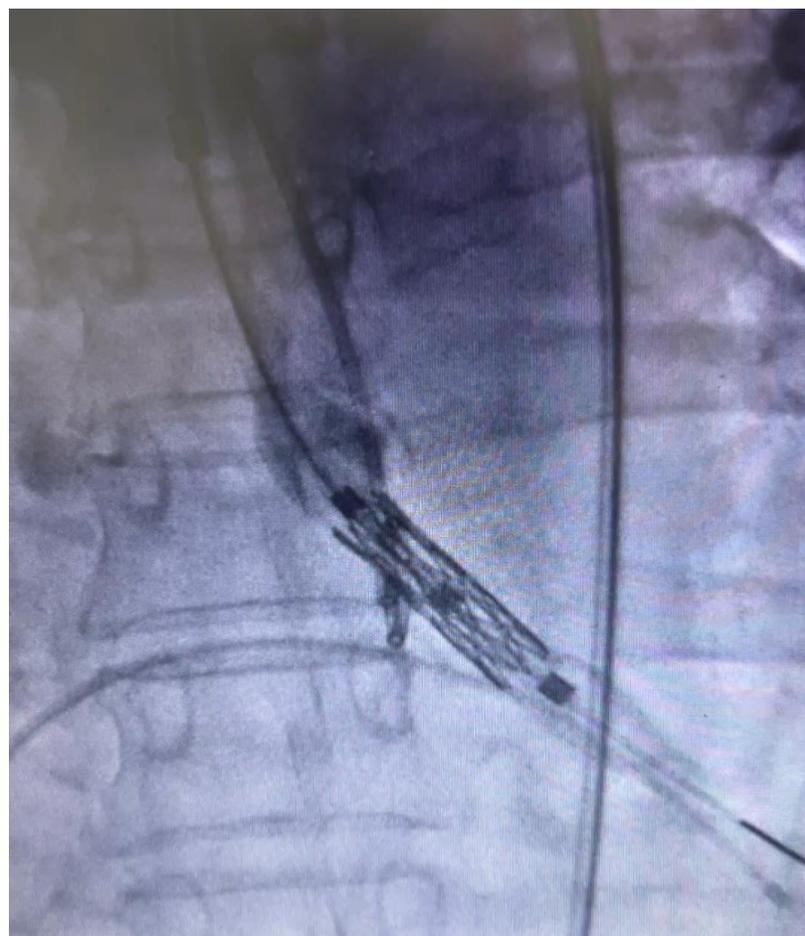
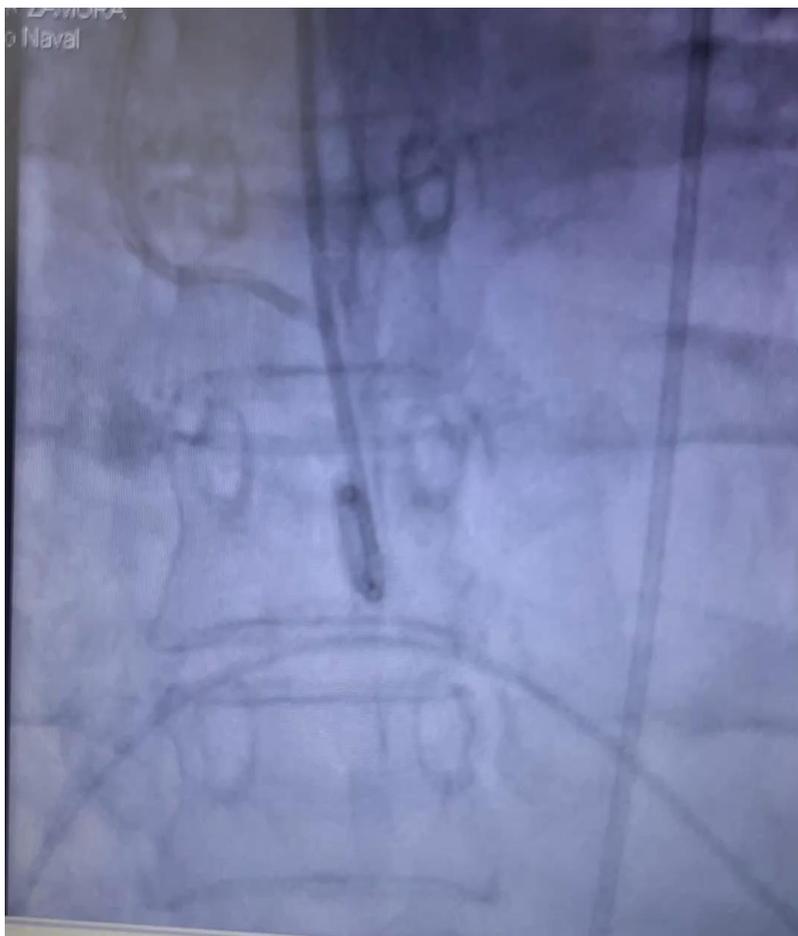
CT Scan Date: 29-08-2023

Aortic Valve



Measurements:

Ascending Aorta Ø	Min: 31.6 mm Max: 33.3 mm Average: 32.4 mm	Sinotubular Junction Ø	Min: 24.5 mm Max: 26.0 mm Average: 25.3 mm
Aortic Annulus	Min Ø: 22.0 mm Max Ø: 24.0 mm Average Ø: 23.0 mm Eccentricity: 0.08	LVOT Ø	Min: 20.0 mm Max: 23.6 mm Average: 21.8 mm
Sinus of Valsalva Height	7.7 mm	Aorto-Mitral Continuity Length	
Annulus to Apex		Valve to RCA	
Membranous Septum Length		Valve to LCA	
		Valve to STJ	



[Medicina de Revascularización Cardiovascular Volumen 55](#), Octubre 2023, pág 22-27

Parámetros de seguridad y rendimiento de la bioprótesis valvular aórtica transcatóter Myval: el registro prospectivo SAPPHIRE

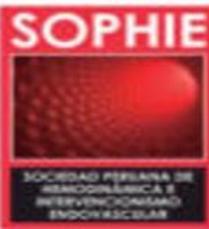
Luca Testa, Enrico Criscione, Antonio PopoloRubbio, Mattia Squillace, Alfonso Ielasi, Maurizio Tespili, Nedy Brambilla, Francesco Bedogni

Departamento de Cardiología, IRCCS Pol. S. Donato, San Donato Milanese, Milán, Italia.
División de Cardiología, IRCCS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio, Milán, Italia

En todos los pacientes se implantó con éxito Myval THV transfemoral, sin mortalidad intrahospitalaria (**éxito técnico del 100 %**): las complicaciones del acceso vascular fueron todas "menores" (16 %) y se trataron mediante compresión/inflado con balón; no se produjeron casos de rotura anular ni de obstrucción coronaria; el 5 % de los pacientes requirieron implante de marcapasos (PM) intrahospitalario. **El éxito del dispositivo fue del 99 %.**



XLVIII Jornadas SOLACI
17° Región Andina
3 y 4 de octubre 2024



[Revista Española de Cardiología Volume 76, Issue 11, November 2023, Pages 872-880](#)

Última generación de prótesis percutáneas expandibles con balón y autoexpandibles en la estenosis aórtica bicúspide: estudio TRITON Latest-iteration balloon- and self-expandable transcatheter valves for severe bicuspid aortic stenosis: the TRITON study.

Ignacio J. Amat-Santos ^{a b}, Mario García-Gómez ^{a b}, Federico de Marco ^c, Kim Won-Keun ^d, Joao Brito ^e, Jonathan Halim ^f, John Jose ^g, et al.....

Conclusiones

En válvula Aórtica Bicúspide, con estenosis grave y cirugía contraindicada, Myval, Sapiens 3 Ultra (S3U) y Evolut Pro + (EP+) tuvieron una **seguridad comparable**, aunque **Myval presentó mejor gradiente residual que S3U** y ambos **dispositivos expandibles con balón resultaron en menos fuga perivalvular residual que EP +**. Por lo tanto, ajustándose a los riesgos específicos de cada paciente, se puede seleccionar cualquiera de los 3 dispositivos con resultados óptimos.

[LANDMARK comparison of early outcomes of newer- generation Myval transcatheter heart valve series with contemporary valves \(SAPIEN and Evolut\) in real-world individuals with severe symptomatic native aortic stenosis: a randomised non-inferiority trial](#)

- Andreas Baumbach, Niels van Royen, Ignacio J Amat-Santos, Martin Hudec, Matjaz Bunc, Alexander Ijsselmuiden, Peep Laanmets, Daniel Unic, et al.....
- Lancet*. 2024;403(10445):2695-2708. doi:10.1016/S0140-6736(24)00821-3.

Demuestra la **no-inferioridad de la “nueva” prótesis balón-expandible Myval** con respecto a sus contemporáneas Evolut y SAPIEN en el objetivo combinado de eficacia y seguridad a 30 días.

El sistema MYVAL tiene rasgos distintivos que pueden ser relevantes. El **más importante es la disponibilidad de tallas intermedias** (incrementos de diámetro de 1,5 mm entre cada una, en contraposición con los 3 mm habituales), y permite una mejor adaptación a la anatomía del paciente.

Hacen falta más estudios y seguimiento a largo plazo para determinar el papel de la prótesis MYVAL en el arsenal terapéutico del TAVI. Sin embargo, la **no-inferioridad a 30 días** con respecto a sus contemporáneas y los buenos parámetros hemodinámicos iniciales, son sin duda **un buen punto de partida**.

SOPHIE



GRACIAS!!!

Arequipa, PERÚ

informes: www.solaci.org | (5411) 4954-7173

RAC



CONCLUSIÓN

El reemplazo valvular aórtico transcatóter (TAVI) es una **técnica establecida** para el tratamiento de **pacientes con estenosis aórtica (EA) sintomática grave**.

Diferentes ensayos controlados aleatorizados establecieron la **superioridad** del TAVI sobre el reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (SAVR) en **pacientes con riesgo prohibitivo y alto para cirugía**.

La **no inferioridad** del TAVI sobre el SAVR en **pacientes con riesgo quirúrgico intermedio**.

Además, se ha reportado que el TAVI **no es inferior y/o superior** al SAVR en **pacientes con bajo riesgo quirúrgico**