

# Migración bioprotésica

Mayo 2025

Montevideo, Uruguay

Dra. María Alejandra Presno  
Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca

# Historia clínica

Sexo masculino, 91 años. Autoválido, buena vida de relación.

## Antecedentes personales

- Hipertensión arterial
- Enfermedad renal crónica (creatinina 1,8 mg/dl)
- Cardiopatía isquémica:
  - 2003: Revascularizado quirúrgicamente con 4 bypass (AMII-DA, venosos aislados a 1ª diagonal, DP y PL de circunfleja).
  - 2012: Angioplastia de circunfleja y ramo PL.
  - 2020: Angioplastia de circunfleja y TPI. Puentes venosos ocluidos.

Medicación: AAS, atorvastatina, ramipril, atenolol, mononitrato de isosorbide.

# Historia clínica

**Enfermedad actual:** Estenosis valvular aórtica severa sintomática.

Disnea de esfuerzo clase funcional II-III de meses de evolución.

Ecocardiograma:

**Válvula aórtica severamente calcificada. AVA 1.0 cm<sup>2</sup>, indexada 0.52 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>.**

**Gradiente medio 42 mmHg, máximo 65 mmHg. Sin insuficiencia.**

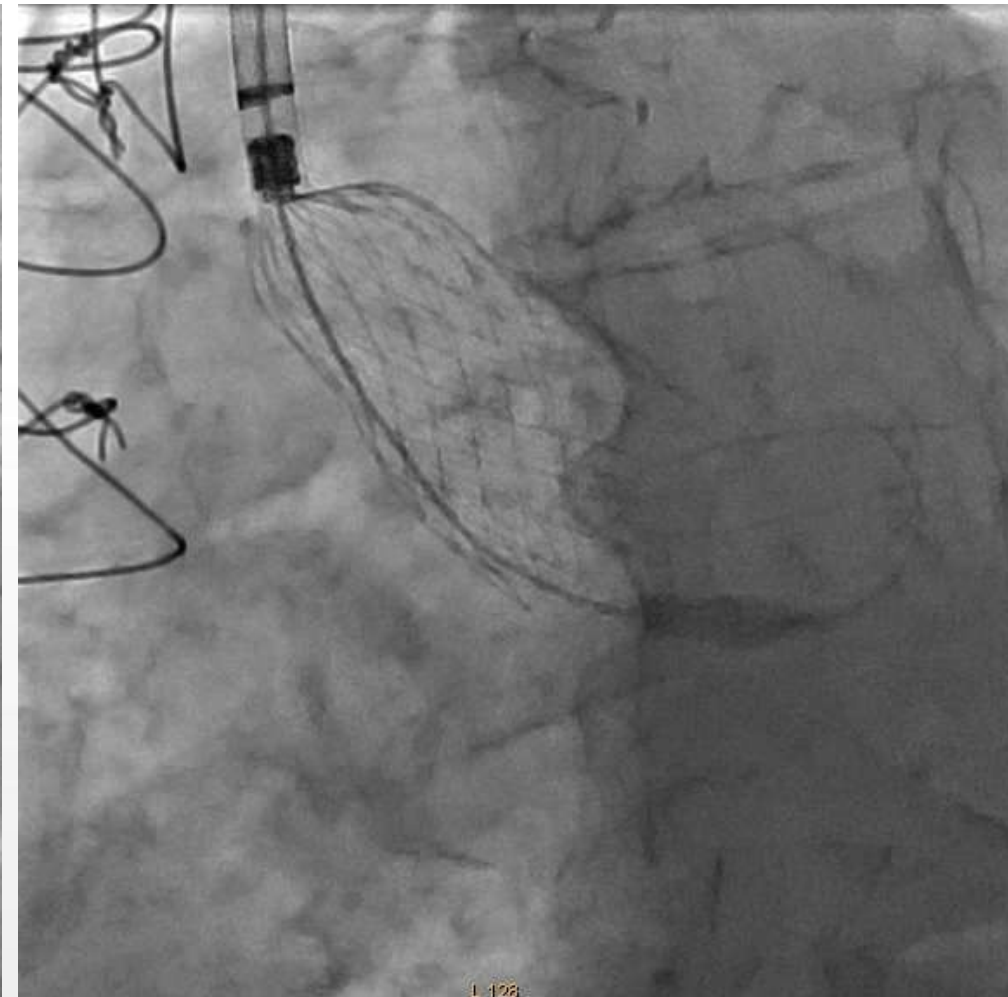
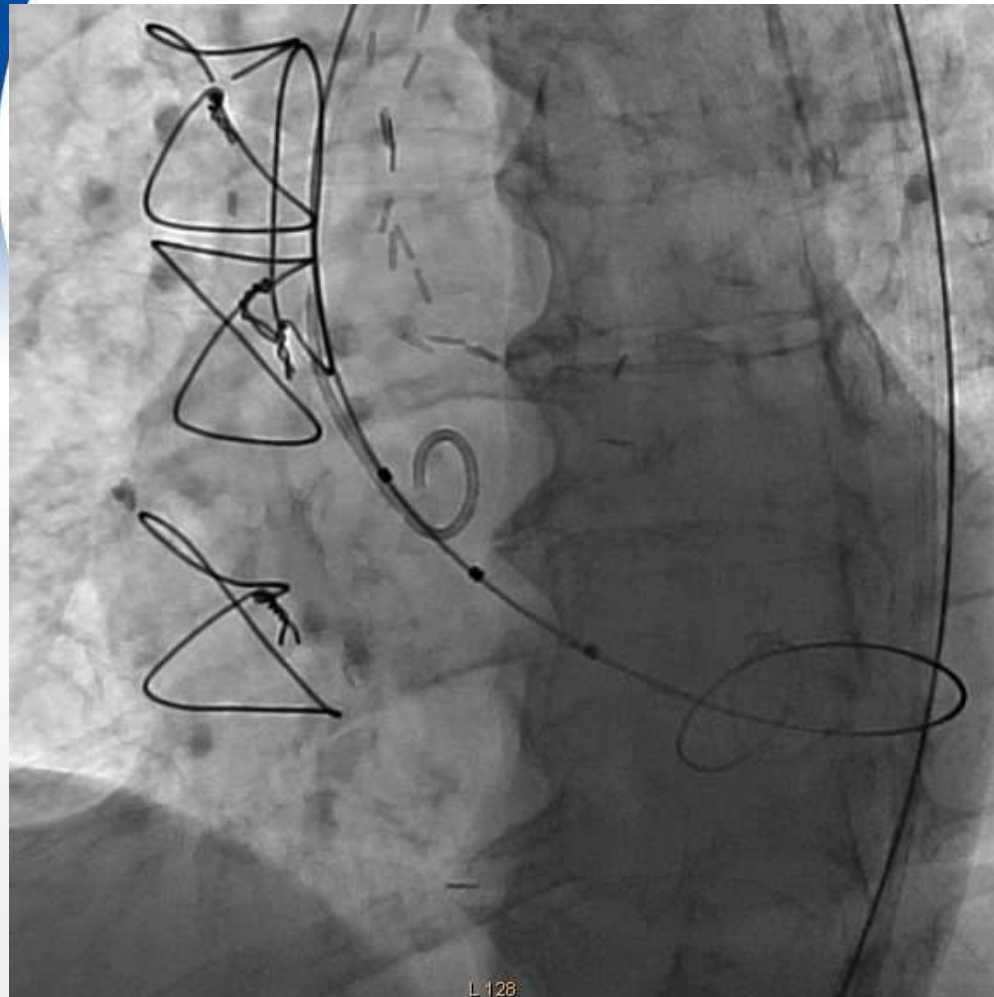
FEVI 60%. Aquinesia íferobasal. Aneurisma apical libre de trombos.

Es derivado a interconsulta en vistas a sustitución valvular aórtica mediante TAVI.

# Historia clínica

Coronariografía pre TAVI: Sin nuevas lesiones a tratar.

Se procede a implante de válvula aórtica transcatóter por acceso transfemoral.  
Prótesis Medtronic Evolute Pro de 26 mm.





# Evolución

## Ecocardiograma de control

Bioprótesis valvular aórtica (TAVI) estable, estructural y funcionalmente normal, con gradientes máximo y medio de 10 y 5 mmHg, respectivamente, sin insuficiencia.

Resto del estudio sin cambios con respecto al previo.

Buena evolución inicial, asintomático. Alta a domicilio a las 24 h.

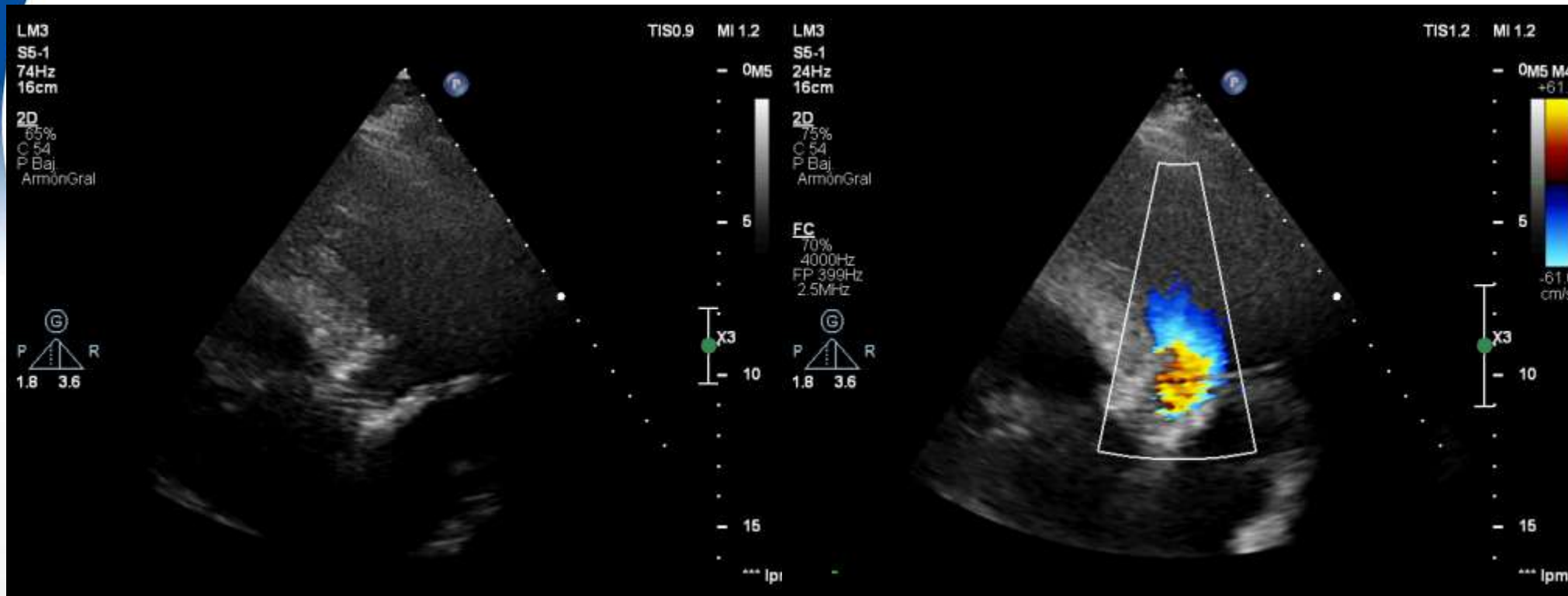
## Control a las dos semanas

En la semana posterior al implante, inicia con disnea y ángor de esfuerzo progresivos, acompañados de edemas de miembros inferiores.

Se realiza ecocardiograma.



# Ecocardiograma transtorácico

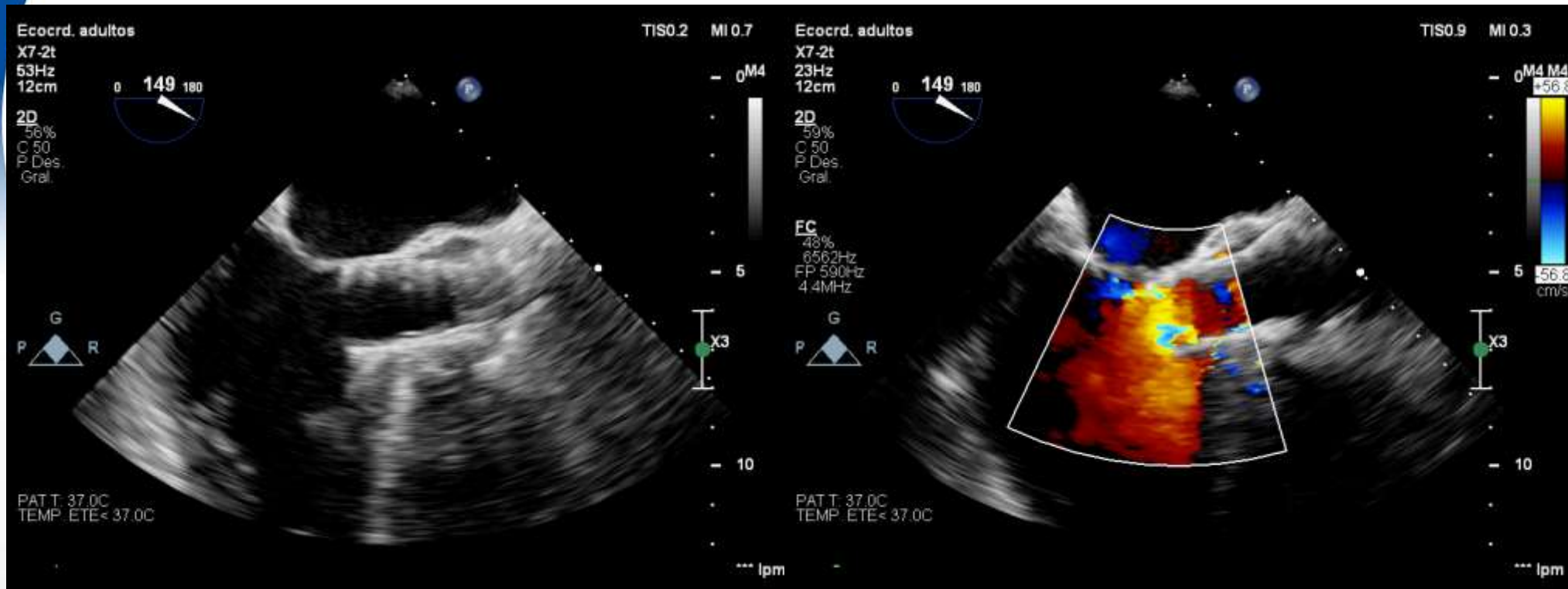


VI con tendencia a la dilatación (57 mm). FEVI 60%.

Bioprótesis valvular aórtica posicionada hacia el VI. Insuficiencia periprotésica leve a moderada al Doppler color, con THP que sugiere severidad (<100 ms).



# Ecocardiograma transesofágico





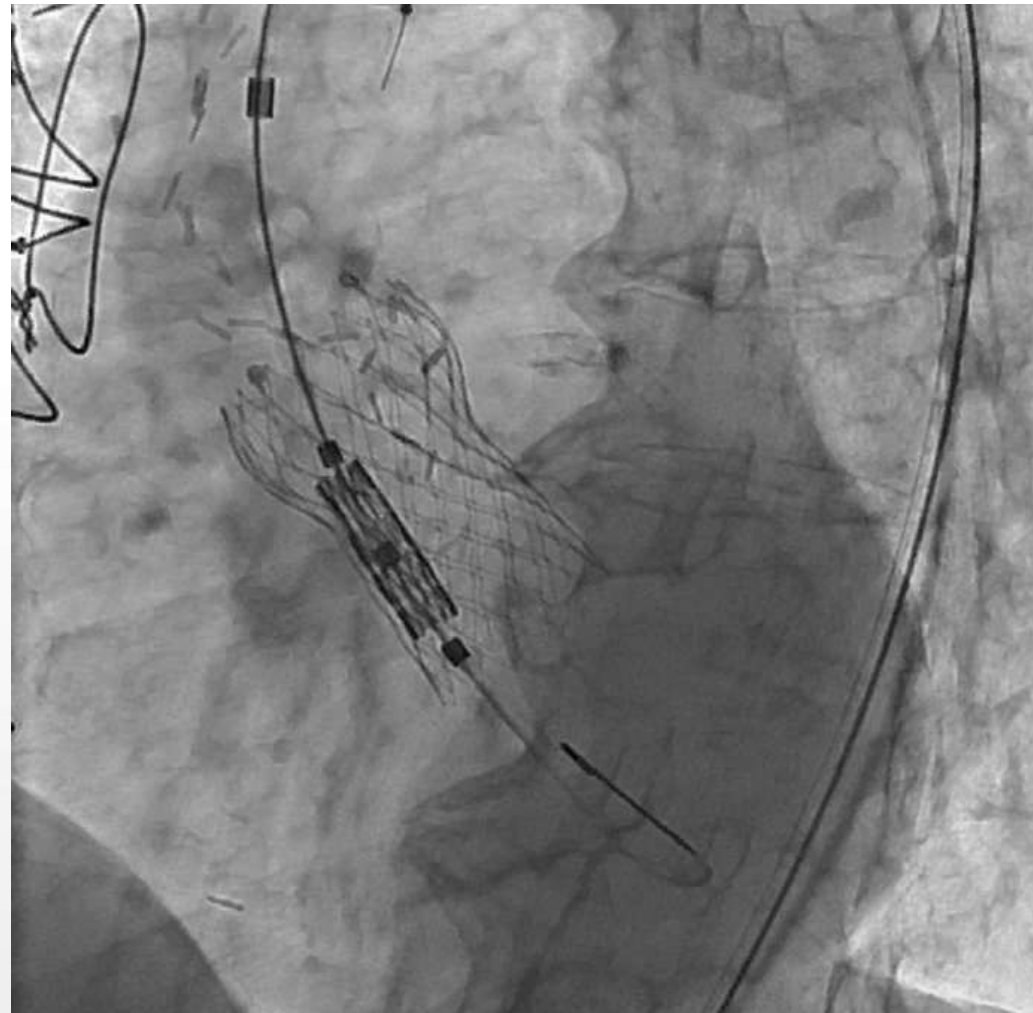
# Evolución

Tratamiento deplectivo iv, con buena respuesta.

Se discuten opciones terapéuticas.

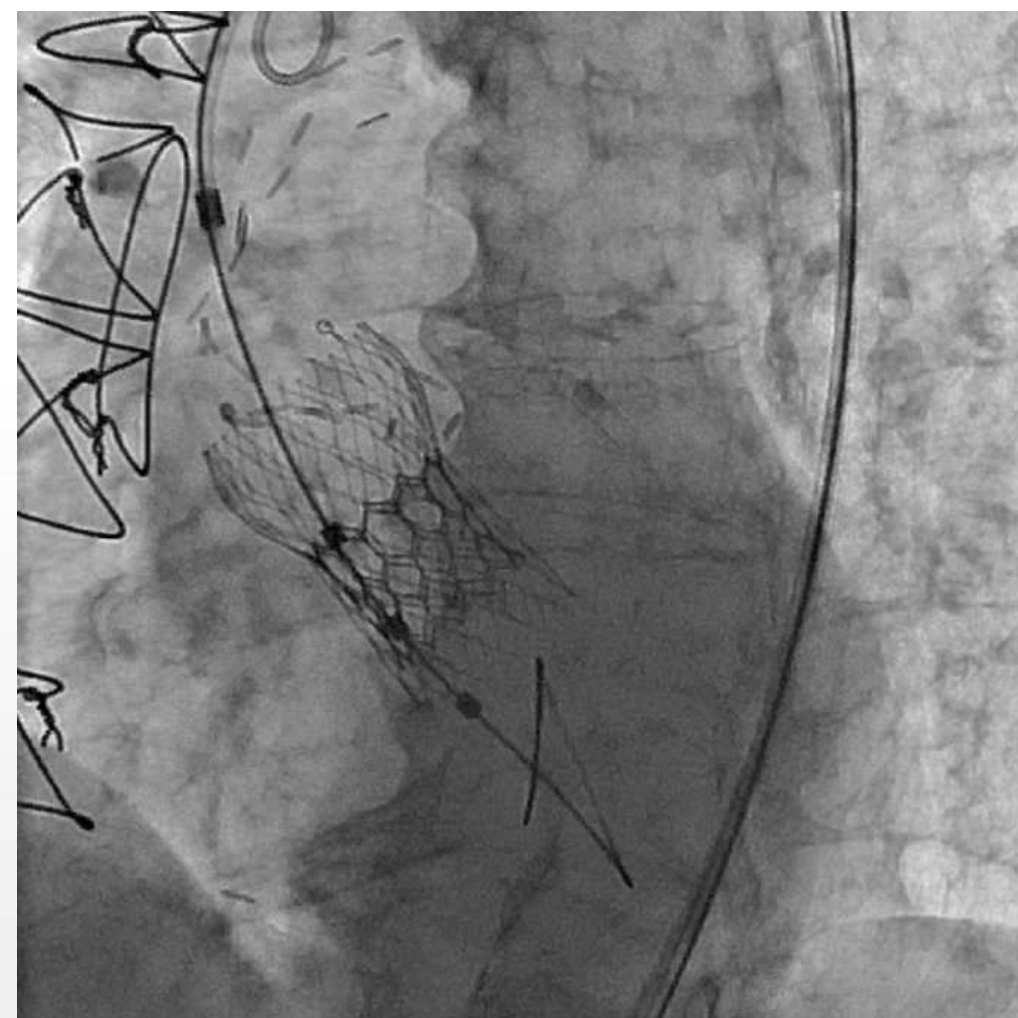
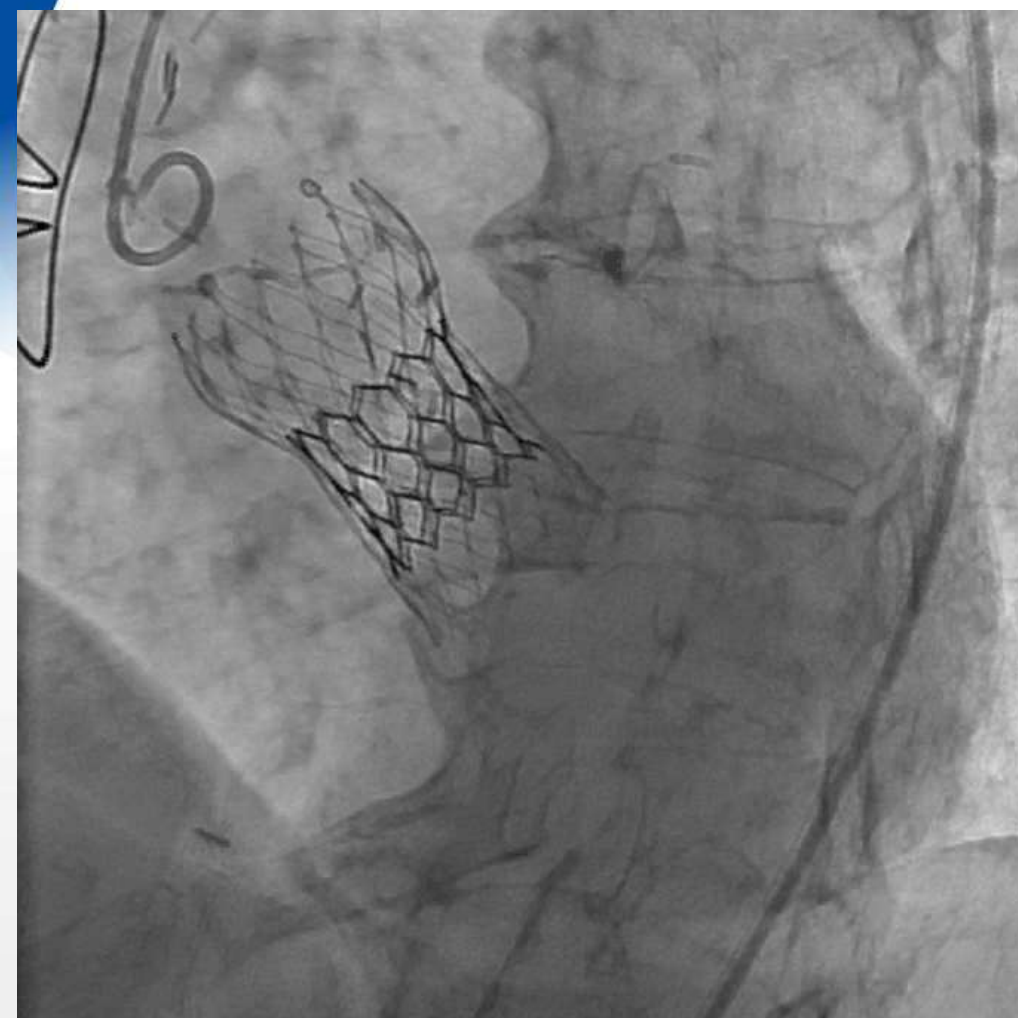
Se decide TAVI in TAVI con válvula Meril Myval n° 23.

# TAVI in TAVI





# TAVI in TAVI



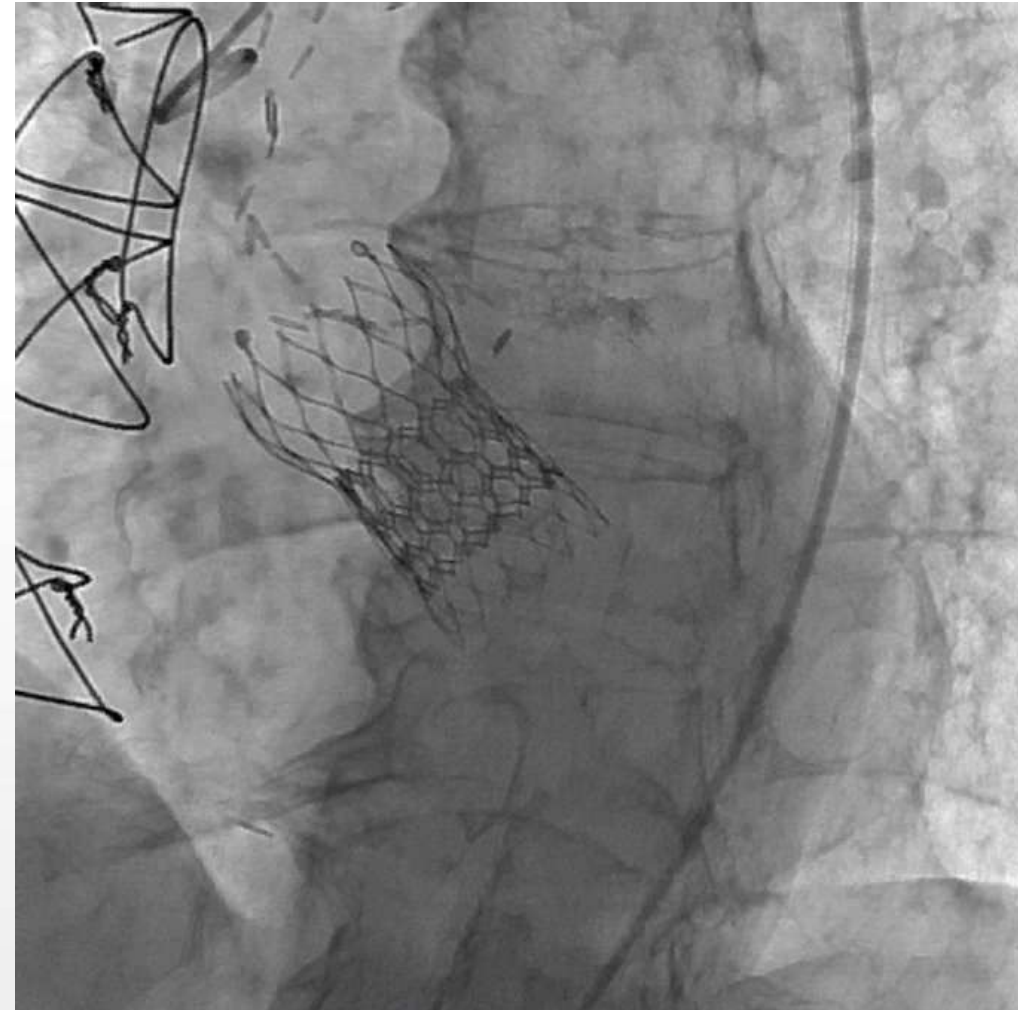




PRE

# TAVI in TAVI

POST





# Evolución

Control ecocardiográfico final:

Bioprótesis valvular aórtica estable. Gradiente máximo 10 mmHg, medio 4 mmHg.

Fuga periprotésica anterior de grado leve.

Buena evolución posterior, sin complicaciones.

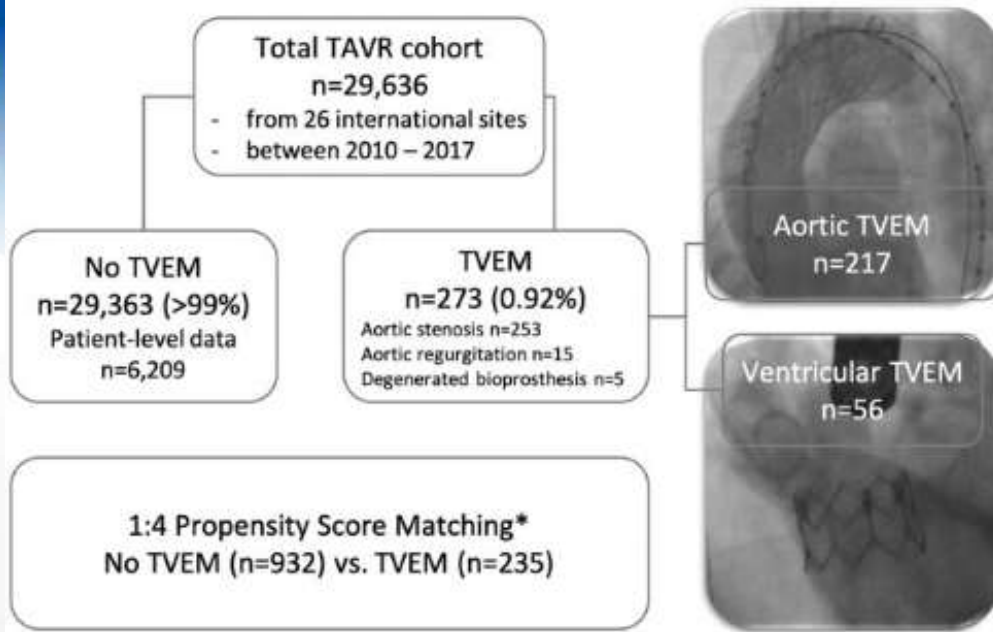
# TRAVEL Registry

## Migración o embolización de TAVI (TVEM)

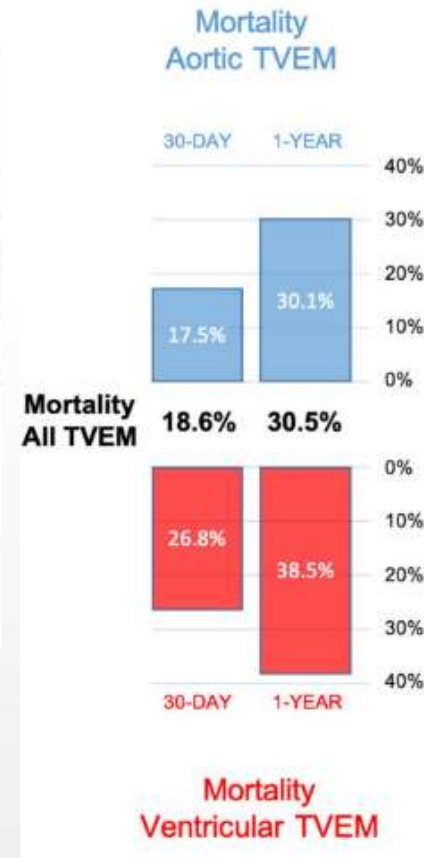
Edad  $80.8 \pm 7.3$  años; 53.8% mujeres

Objetivo primario: Mortalidad por todas las causas a 30 días y a 1 año

Objetivo secundario: Stroke mayor a 30 días y a 1 año



**Número considerable de casos  
con causas evitables**



## Estrategias de rescate:

- TAVI-in-TAVI (78%)
- Conversión a cirugía (19%)
- Reposicionamiento (2,9%)

# BATTLE Registry

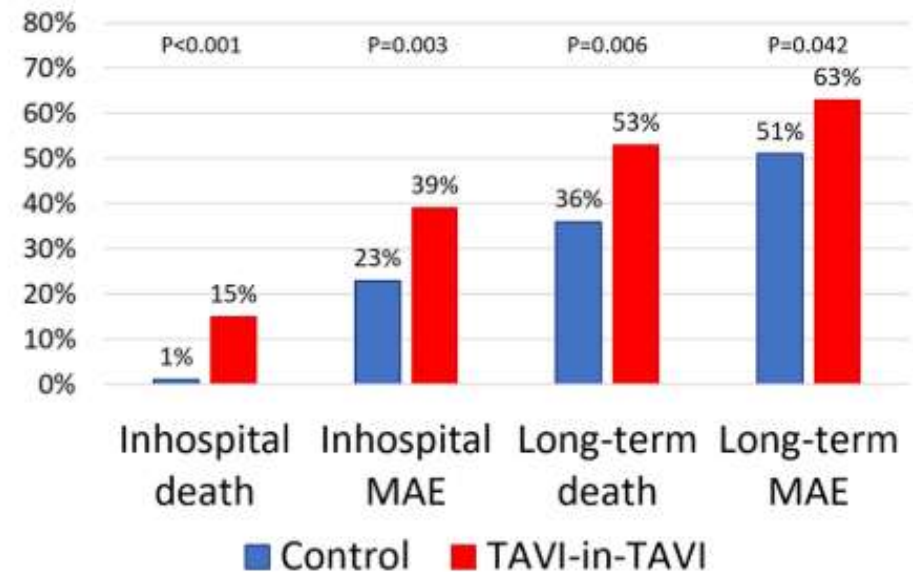
## The Bailout Acute TAVI-in-TAVI to Lessen Events

TAVI-in-TAVI  $\leq 24$  h

6 centros internacionales de alto volumen

- **106 TAVI-in-TAVI (1,6%)**
- 212 controles

- Muerte
- Eventos adversos mayores (MAE)
  - Infarto de miocardio
  - Stroke
  - Complicación del acceso
  - Sangrado mayor
  - Reintervención



**Fig. 1** Summary of inhospital and long-term event rates. *MAE* major adverse event, *TAVI* transcatheter aortic valve implantation

GRACIAS