

Implante de Valve-in-Valve mitral en un centro terciario: resultados clínicos, procedimentales y ecocardiográficos en una serie retrospectiva de pacientes

Lídia Gómez-Elegido Tenés(1), Irene Serrano Pastor(1), Mykola Harvat(1), Adrián Valverde Tavira(1), Javier Moya Fernández(1), Pau Aracil Boïgues(1), Darío Sanmiguel Cervera(1), Eva Rúmiz González(1), Andrés Mauricio Cubillos Arango(1), Jorge Manuel Solano López Morel(1), Guillem Llopis Gisbert(1), Rafael Payá Serrano(1) y Alberto Berenguer Jofresa(1) de (1)Servicio de Cardiología. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia - España

Introducción: El implante percutáneo Valve-in-Valve (ViV) mitral representa una alternativa terapéutica en pacientes con degeneración de bioprótesis mitral y alto riesgo quirúrgico. Actualmente, la evidencia en vida real es limitada, especialmente respecto a evolución clínica y complicaciones a medio plazo.
El objetivo de este estudio es describir las características demográficas, resultados procedimentales y evolución clínica y ecocardiográfica de pacientes sometidos a ViV mitral.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo que incluyó 8 pacientes consecutivos sometidos a ViV mitral en un centro terciario. Se analizaron variables demográficas, clínicas y ecocardiográficas así como datos del procedimiento, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes de edad avanzada (77,6 ± 5,4 años) de predominio femenino (75%). Todos los pacientes era portadores de bioprótesis mitral quirúrgica disfuncionante y un 62,5% asociaban cirugía valvular previa adicional.
El mecanismo más frecuente de disfunción protésica fue la estenosis valvular (50% lesión combinada y 37,5% estenosis aislada). Todos los pacientes referían sintomatología asociada (NYHA II 83,3% vs NYHA III 16,7%) y FEVI ?50% en el 87,5%.
El acceso más utilizado fue transfemoral (62,5%), seguido del transapical (37,5%). El éxito técnico fue del 100%, sin mortalidad intraprocedimiento u hospitalaria, embolización valvular o necesidad de conversión a cirugía.
Se observó mejoría hemodinámica inmediata y durante el seguimiento con reducción del gradiente medio mitral (4-7 mmHg), aumento del área valvular efectiva (1,2–2,2 cm^2) e insuficiencia mitral residual nula o leve en la mayoría de los casos. La presencia de hipertensión pulmonar fue frecuente en la evaluación basal ecocardiográfica (75%) observando tras el procedimiento una persistencia o progreso de la misma en un 37,5%.
Durante el seguimiento, el 75% de los pacientes mejoraron sintomáticamente (NYHA I-II), con reingresos por insuficiencia cardiaca en un 25% de los casos.

Conclusiones: El ViV mitral en pacientes de alto riesgo mostró alta tasa de éxito, ausencia de mortalidad hospitalaria y mejoría clínica y hemodinámica pudiendo establecerse como una opción segura y eficaz, en línea con

la evidencia más reciente. La complejidad clínica de estos pacientes y la persistencia de hipertensión pulmonar refuerzan la necesidad de un seguimiento estrecho.

