



## 2. Cardiología intervencionista

### 2.1. Terapia anticoagulante y antitrombótica posterior al implante de oclisor de orejuela izquierda, experiencia en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Hernández-Flores Kevin René, Muratalla-González Roberto, Morales-Portano Julieta Danira, García-García Juan Francisco, Carlos-Mancilla Blanca Nohely, Garro-Almendaro Ana Karen  
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

**Introducción:** las diferentes terapias anticoagulante y antitrombótica posteriores al implante percutáneo de oclisor de orejuela izquierda tienen implicaciones en la endotelización, fuga y trombo relacionado al dispositivo. **Material y métodos:** se realizó estudio de tipo transversal observacional analítico. Se recolectó de forma retrospectiva un total de 54 pacientes de la población cautiva del

Tabla 2.1.3: Tratamiento médico (N = 54).

Variable		n (%)
Tratamiento preimplante	SAPT/DAPT	11 (20.4)
	NOAC	34 (63)
	AVK	7 (13)
	Ninguno	2 (3.7)
Tratamiento postimplante	SAPT/DAPT	25 (46.3)
	NOAC	29 (53.7)
	AVK	0 (0)
Tratamiento postimplante (anual)	SAPT/DAPT	39 (75)
	NOAC	11 (21.2)
	AVK	1 (1.9)
	Ninguno	1 (1.9)
Endotelización		35 (77.8)

Tabla 2.1.1: Características clínicas (N = 54).

Variable	n (%)
Sexo, masculino	37 (68.5)
Edad (años)	74 (67-81)
Hipertensión arterial sistémica	44 (81.5)
Diabetes tipo 2	21 (38.9)
Enfermedad vascular cerebral	17 (31.5)
Enfermedad renal crónica	20 (37.0)
Fracción de eyección ventrículo izquierdo < 40	11 (20.4)
Predisposición sangrado	42 (77.8)
Contraindicación ACO	33 (61.1)
Contraindicación	
STDA	18 (33.3)
Sangrado SNC	4 (7.4)
Otros sangrados	13 (24.1)
Trombosis con ACO	1 (1.9)

Variables cualitativas a partir de n y porcentaje. Variables cuantitativas a partir de mediana y percentiles, media y desviación estándar.

Tabla 2.1.2: Características dispositivo (N = 54).

Variable	n (%)
Dispositivo	
Watchman	36 (66.7)
Amulet	18 (33.3)
Procedimiento exitoso	53 (98.1)
Tamaño del dispositivo	
27	14 (25.9)
24	13 (24.1)
25	9 (16.7)

Tabla 2.1.4: Seguimiento médico (N = 54).

Variable		n (%)
Permeabilidad de la orejuela a 45 días	Normal	36 (66.7)
	Fuga < 5 mm	14 (25.9)
	Fuga > 5 mm	0
	Trombos	0
Primer seguimiento (45 días)	Defecto septal	0
	EVC	0
	Muerte cardiovascular	1 (1.9)
Seguimiento anual	Sangrado	1 (1.9)
	EVC	2 (3.7)
	Muerte cardiovascular	0
	Sangrado	0

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, que contaban con el diagnóstico de fibrilación auricular con contraindicación para uso de ACO y colocación de oclisor de orejuela (Tabla 2.1.1).

**Análisis estadístico:** distribución de la población a partir de Kolmogorov-Smirnov. Al análisis descriptivo por media/mediana y desviación estándar/percentiles. Al inferencial se realizó prueba de  $\chi^2$  y diferencia entre grupos (t de Student/U Mann-Whitney). Valor significancia  $p > 0.05$ . **Resultado:** total 54 pacientes con contraindicación para ACO (61.1%). Oclisor tipo Watchman (66.7%), y tamaños 27 y 24 (25.9 y 24.1%), resultando exitoso (98.1%) (Tabla 2.1.2). Tratamiento preimplante, DOAC (63%), SAPT/DAPT (20.4%), y postimplante DOAC (53.7%), SAPT/DAPT (46.3%). Sin diferencia significativa a endotelización, fuga y trombo (pre  $p = 0.38$  y post  $p = 0.16$ ) (Tablas 2.1.3 y 2.1.4).

**Conclusiones:** el tratamiento médico anticoagulante diferente a warfarina no influye de forma significativa para la presencia de endotelización y/o fuga en la colocación del oclisor de orejuela, ni en la formación de trombos relacionados al dispositivo.

## 2.2. Complicaciones vasculares asociadas a punción femoral guiada por ultrasonido en pacientes sometidos a implante transcáteter de válvula aórtica, experiencia de nuestro centro

González-Aguilar César Leonardo, Morales-Portano Julieta Danira, García-García Juan Francisco, Aquino-Bruno Heberto, Pérez-Falcón Alfonso, Velásquez-Padilla José Pablo  
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

**Introducción:** las complicaciones del procedimiento TAVI son fuga paravalvular, ruptura anular, obstrucción de arteria coronaria,

**Tabla 2.2.1:** Características generales de la muestra de estudio (N = 74).

Variable	n (%)
Edad (años)	74.6 ± 7.1
Género	
Femenino	33 (44.6)
Masculino	41 (55.4)
Peso (kg)	71.2 ± 13.3
Talla (m)	1.62 ± 0.8
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27 ± 4.2
Grado de IMC	
Normal (< 25)	25 (33.8)
Sobrepeso	33 (44.6)
Obesidad grado I	15 (20.3)
Obesidad grado II	1 (1.4)
Superficie corporal	1.78 ± 0.19
Diabetes tipo 2	32 (43.2)
Manejo con insulina	10 (13.5)
Hipertensión arterial sistémica	51 (68.9)
Dislipidemia	26 (35.1)
Tabaquismo	29 (39.2)
EPOC	6 (8.1)
Cirugía cardiaca previa	7 (9.5)
ICP previa	11 (14.9)
EVC previo	0 (0.0)
IAM previo	11 (14.9)
FA/Flutter previo	6 (8.1)
Marcapasos previo	6 (8.1)
Clase funcional previa	
I	1 (1.4)
II	41 (55.4)
III	31 (41.9)
IV	1 (1.4)
Síncope	15 (20.3)
Angina	33 (44.6)
Grado de estenosis aórtica AHA/ACC	
D1	62 (83.8)
D2	10 (13.5)
D3	2 (2.7)
Trastorno de la conducción previo	23 (31.1)
BCRDHH	8 (10.8)
BCRIHH	6 (8.1)
Bloqueo fascicular	0 (0.0)
Bloqueo AV 1er grado	3 (4.1)
Bloqueo AV 1er grado + BCRDHH	5 (6.8)

embolización, trastornos de conducción, complicaciones vasculares y accidente cerebrovascular. La incidencia ha disminuido debido a sistemas de implante más pequeños, uso de ultrasonografía y mayor experiencia del operador. **Material y métodos:** incluimos a 74 pacientes con EAo severa sintomática desde marzo de 2021 a 2022 (Tabla 2.2.1). Se realizó punción femoral guiada por ultrasonografía en todos los casos. Se dio seguimiento durante hospitalización y al egreso (Tabla 2.2.2). **Objetivo:** determinar si la punción femoral guiada por ultrasonografía es eficaz para disminuir el riesgo de complicaciones vasculares en pacientes sometidos a TAVR (Tabla 2.2.3). **Análisis estadístico:** IBM SPSS Statistics 25. Se determinó diferencia de medias con la prueba t de Student o U de Mann-Whitney-Wilcoxon. En variables categóricas se ha determinado si existe asociación a través de  $\chi^2$  de Pearson. Se usó intervalo de confianza de 95% y valor de p significativo < 0.05, con potencia a 80%. **Resultados:** las complicaciones vasculares se presentaron en 31.1% (23 pacientes), cinco pacientes (6.8%) presentaron descenso de > 3 g/dL de hemoglobina por sangrado activo y requirieron tratamiento quirúrgico. La complicación vascular más frecuente fue hematoma (17.5%). Se reportó pseudoaneurisma en cuatro pacientes (5.4%) sin tratamiento adicional (Figuras 2.2.1 y 2.2.2). **Conclusiones:** se determinó la experiencia en nuestro hospital para el manejo de complicaciones asociadas al acceso vascular. Si bien existe proporción importante de casos de complicación vascular, la cantidad de casos graves o que requirieron tratamiento

**Tabla 2.2.2:** Características del procedimiento en la muestra de estudio (N = 74).

Variable	n (%)
Válvula implantada	
ACURATE neo	1 (1.4)
Edwards SAPIEN	41 (55.4)
Evolut PRO R	32 (43.2)
Tamaño	
20	5 (6.8)
23	17 (23.0)
25	1 (1.4)
26	28 (37.8)
27	0 (0.0)
29	17 (23.0)
30	1 (1.4)
34	5 (6.8)
Tipo de válvula implantada	
Autoexpandible	33 (44.6)
Balón expandible	41 (55.4)
Profundidad de implantación	3.15 ± 2.14
Velocidad máxima	1.65 ± 0.42
Gradiente medio	6.24 ± 2.94
FEVI posterior a implante	55.3 ± 12.8
Procedimiento híbrido	19 (25.7)
Tipo de procedimiento híbrido	
TAVR + ICP	18 (24.3)
TAVR + oclisor	1 (1.4)
Días de estancia hospitalaria	15.7 ± 8.22
Tratamiento antiagregante doble	71 (95.9)
Tratamiento con anticoagulación	14 (18.9)

**Tabla 2.2.3:** Complicaciones del procedimiento durante la hospitalización en la muestra de estudio (N = 74).

Variable	n (%)
Complicación vascular	23 (31.1)
Requirió tratamiento por angiología	6 (8.1)
Descenso Hb > 3 g/dL	5 (6.8)
Tipo de complicación vascular	
Hematoma > 5 mm	13 (17.5)
Pseudoaneurisma	4 (5.4)
Disección	1 (1.4)
Sangrado activo	5 (6.7)
Fuga paravalvular	
Grado de fuga paravalvular	18 (24.3)
Leve	14 (18.9)
Moderada	4 (5.4)
Alteración nueva de la conducción	39 (52.7)
BCRIHH	11 (14.9)
BCRDHH	4 (5.4)
BAV 1er grado	7 (9.5)
BAV 2do grado Mobitz 1	0 (0.0)
BAV 2do grado Mobitz 2	3 (4.1)
BAV 3er grado	14 (18.9)
Marcapasos temporal	34 (45.9)
Marcapasos definitivo	17 (23.0)
EVC nuevo	3 (4.1)
IAM nuevo	0 (0.0)
Lesión renal aguda	20 (27.0)
Choque cardiogénico	17 (23.0)
Muerte en procedimiento	0 (0.0)
Muerte durante hospitalización	4 (5.4)

por angiología fue muy baja e incluso similar a las grandes series. La punción guiada por USG es segura, eficaz y disminuye riesgo de complicaciones graves.

**2.3. Miocardiopatía de Takotsubo: reporte de caso**

Gómez-Gómez Carlos Antonio, García-Gallardo Héctor Alfredo, Vásquez-Santiago Moisés Iván  
 UMAE, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Introducción:** la miocardiopatía de Takotsubo fue descrita por primera vez en Japón en 1990. Es una entidad que afecta principalmente a mujeres mayores de 55 años. Ocurre cuando un evento emocional o físico estresante hace que el ventrículo izquierdo del corazón se dilate, lo que conlleva a insuficiencia cardiaca. Los signos y síntomas de la miocardiopatía de Takotsubo son similares al infarto agudo de miocardio. **Descripción del caso:** mujer de 70 años, hipertensa, diabética, postmenopáusica. Inició con angina, descarga adrenérgica, electrocardiograma bloqueo completo de rama izquierda, elevación de biomarcadores. Angiografía coronaria sin lesiones epicárdicas. Resonancia magnética (RM) hiperintensidad segmento inferior, tercio medio y apical, reforzamiento transmural segmento inferior tercio medio y apical, discinesia medio y apical, FEVI 16%. Se concluye con el diagnóstico de síndrome de Takotsubo. **Material y métodos:** se revisó expediente clínico y a través de método Booleano se realizó búsqueda de términos MeSH

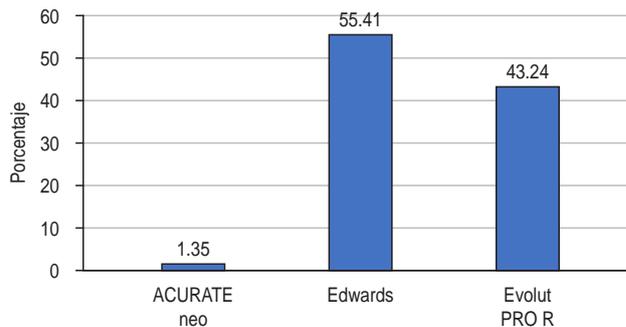


Figura 2.2.1: Valvulopatía implantada.

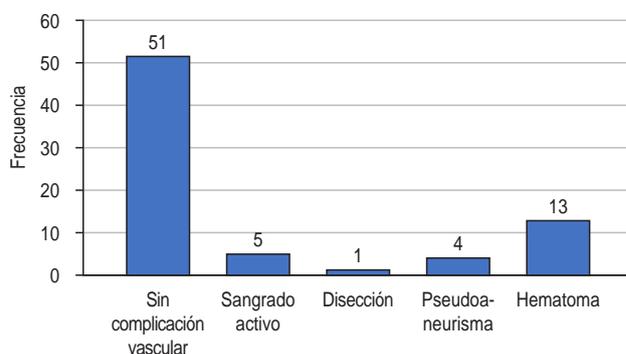


Figura 2.2.2: Tipo de complicación vascular.

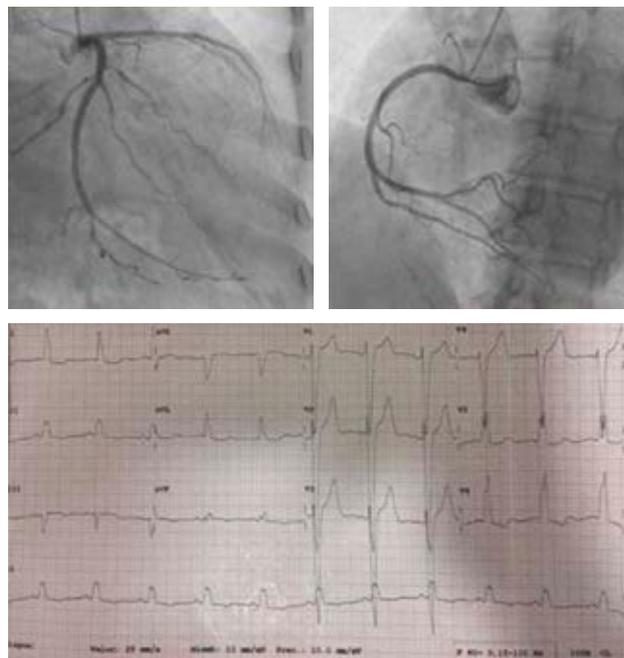


Figura 2.3.1: Angiografía y electrocardiograma.

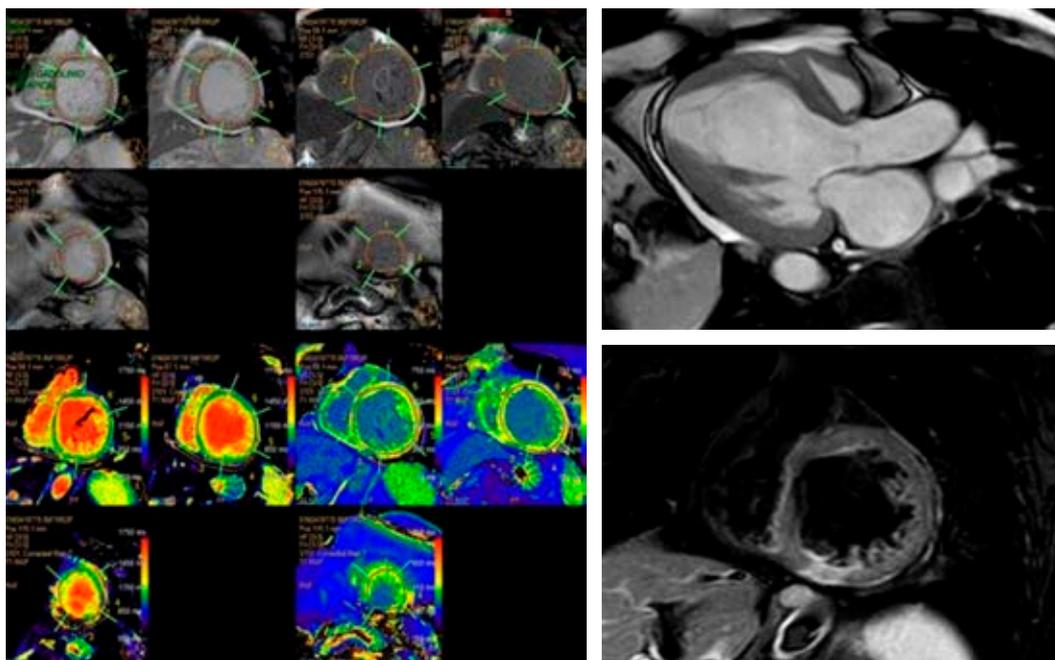


Figura 2.3.2:  
Resonancia magnética.

«Takotsubo cardiomyopathy» en las base de datos con repositorios de evidencia científica arbitrada indizada (PubMed) y no indizada (Scholar Google). **Resultados:** la miocardiopatía de Takotsubo se presenta de diversas formas desde angina hasta choque cardiogénico. Su diagnóstico se basa en los criterios internacionales de Takotsubo, entre los que incluyen disfunción ventricular transitoria, angiografía coronaria sin lesiones, entre otras (Figura 2.3.1). Destaca la utilidad de la RM para visualizar hiperintensidad en T2, así como realce tardío de gadolinio en la fase aguda que generalmente se resuelve en el seguimiento (Figura 2.3.2). **Conclusiones:** dado que alrededor de 2% de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo son finalmente diagnosticados con miocardiopatía de Takotsubo, la mortalidad hospitalaria es de 5%. Se debe tener en cuenta esta entidad como diagnóstico diferencial, cuando se presente un paciente con dolor torácico y disnea posterior a un estrés físico o emocional, particularmente si es mujer postmenopáusica.

#### 2.4. Factores de mal pronóstico en pacientes con cardiopatía isquémica asociado a revascularización percutánea en el ISSSTE, Hospital General No. 26, Zacatecas

Cabrales-García Rafael, Romero-Aguilar Fernando  
Hospital General No. 26, ISSSTE, Zacatecas.

**Introducción:** la cardiopatía isquémica se asocia a una tasa de morbimortalidad cerca de 40% en México. La revascularización percutánea la disminuye 20%. Los predictores de mal pronóstico asociados a la patología isquémica coronaria en población de zacatecas aún permanecen sin caracterizarse, y cuyo control influirá directamente en mejoría de la supervivencia. **Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal, realizado del 1 agosto de 2021 al 1 de agosto de 2022 en ISSSTE Zacatecas, con diagnóstico de cardiopatía isquémica y revascularización percutánea, divididos

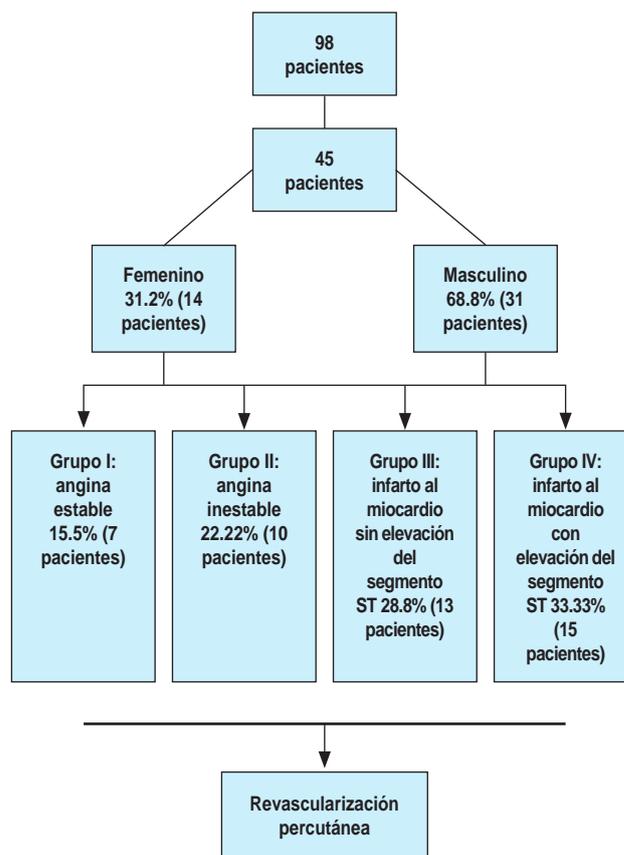


Figura 2.4.1.

**Tabla 2.4.1:** Factores de mal pronóstico asociados a riesgo de eventos cardiovasculares mayores.

Variable	OR (IC 95%)	p
Diabetes	2.4 (1.56-4.28)	0.052
Hipertensión	1.7 (1.21-3.23)	0.043
Dislipidemia	2.1 (1.43-2.89)	0.036
Insuficiencia cardiaca	1.9 (1.12-2.76)	0.045

**Tabla 2.4.2:** Factores asociados de muerte por todas las causas (N = 45).

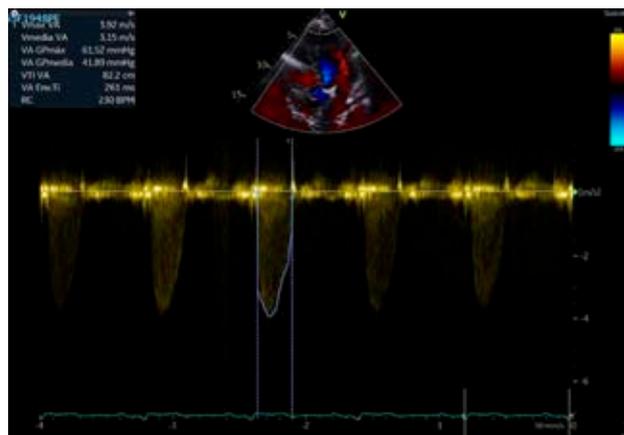
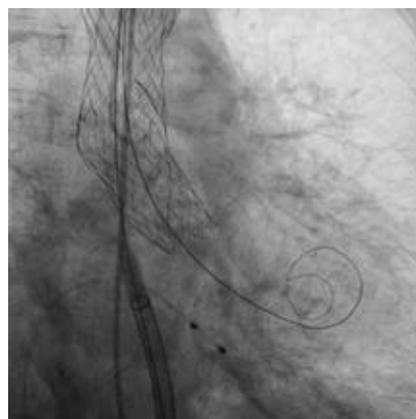
Variable	OR (IC 95%)	p
Diabetes	3.8 (1.28-5.14)	0.048
Hipertensión	2.6 (1.17-3.62)	0.040
Dislipidemia	2.4 (1.45-4.86)	0.028
Insuficiencia cardiaca	2.9 (1.34-5.92)	0.042

en grupos: angina estable e inestable, infarto con y sin elevación del ST. Evaluando predictores de mal pronóstico, tasa de mortalidad y eventos cardiovasculares a 12 meses. **Análisis estadístico:** mediante estadística descriptiva se calculó razón de momios (OR) de muerte y desarrollo de eventos cardiovasculares mayores a los 12 meses. Análisis de  $\chi^2$  y ANOVA de una vía, IC 95%, con  $p < 0.05$  como significancia estadística, en SPSS v 25. **Resultado:** se incluyeron 45 pacientes; hombres 68.8% (Figura 2.4.1). La edad promedio fue 69 años. La principal comorbilidad fue diabetes en 62.2%. La mortalidad a 12 meses constituyó 6.6%, por reinfarcto. Los predictores de mal pronóstico para eventos cardiovasculares mayores: diabetes (OR 2.4), hipertensión (OR 1.7), dislipidemia (OR 2.1), insuficiencia cardiaca (OR 1.9) (Tablas 2.4.1 y 2.4.2). **Conclusiones:** los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica e intervenidos mediante revascularización percutánea en Zacatecas tienen factores de riesgo como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia e insuficiencia cardiaca, asociados con significancia estadística para eventos cardiovasculares al seguimiento por 12 meses. Así, el control de los mismos aumentará la tasa de supervivencia.

## 2.5. Síndrome de Heyde con implante transvalvular aórtico con técnica valve-in-valve

Gómez-Gómez Javier Alejandro  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Presentación del caso:** femenino de 72 años, antecedente de tabaquismo activo, IT 20. Tres meses previos disnea NYHA III, se realiza ECOTT con VAo VMax 4.1, GMax 61, GMed 41, AVAo 0.7, ingresa y presenta HDB, panendoscopia y cápsula endoscópica con angioectasias en intestino delgado, con deficiencia de FvW. Se acepta para TAVI. **Análisis y conclusiones:** la angiodisplasia es una entidad donde los vasos del TGI, están dilatados y tortuosos. Se describe una deficiencia de FvW como causa. La estenosis aórtica presenta flujos turbulentos y velocidades altas, lo cual conlleva proteólisis de los multímeros por la enzima ADAMTS13. **Resultado:** se realiza TAVI 26 mm, presentando migración de la prótesis con fuga paravalvular moderada, se reposiciona en aorta

**Figura 2.5.1.****Figura 2.5.2.**

ascendente, ameritando segunda TAVI 26 mm con técnica valve-in-valve, ECOTT control GMAX 16, GMed 7, VMAX 2, AVAo 1.47, sin fugas paravalvulares. Se egresa 72 horas posteriores con doble terapia antiagregante (Figuras 2.5.1 y 2.5.2).

## 2.6. Aterectomía rotacional y litotricia intracoronaria. Reporte de caso

Hernández-Urquieta Luis, Escutia-Cuevas Héctor Hugo,  
Leal-Alvarado Talia Maritza, Porras-Catarino Sergio Miguel,  
Jiménez-López René  
Hospital Regional de Puebla, ISSSTE.

**Introducción:** la aterectomía rotacional (AR) es una herramienta útil para el tratamiento de las lesiones coronarias calcificadas. Por su parte la litotricia coronaria (LC) se introdujo como una tecnología novedosa con el potencial de modificar el calcio de manera segura y optimizar la expansión del *stent*. El uso de estas dos tecnologías, junto con la tomografía de coherencia óptica (OCT) mejorarán los resultados de lesiones calcificadas complejas, sin embargo, hasta el momento es escasa la literatura que combine toda esta tecnología. **Descripción del caso:** mujer de 72 años ingresa por IAMEST. Coronariografía: descendente anterior

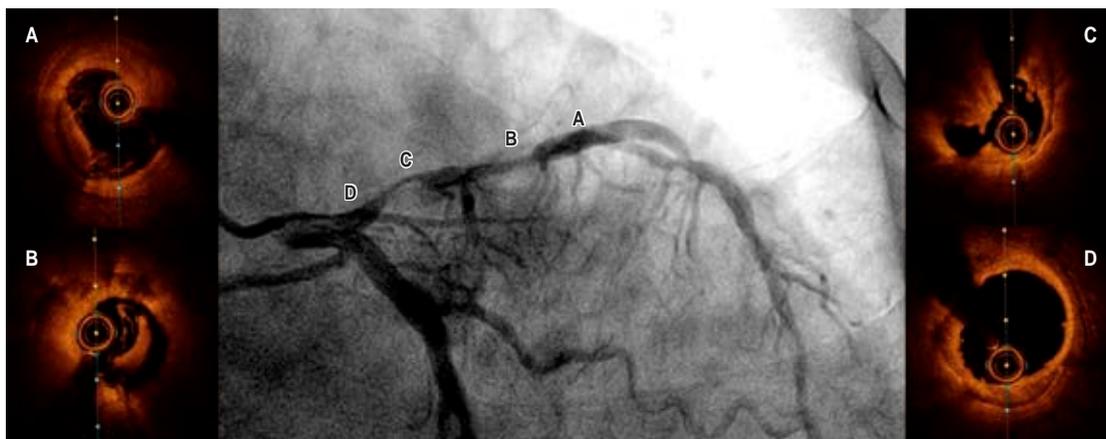


Figura 2.6.1.

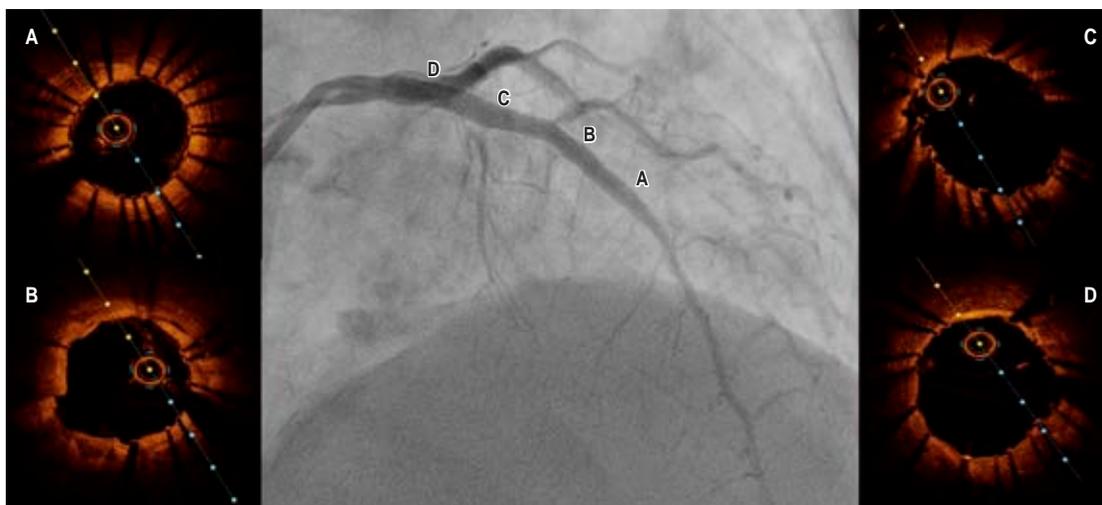


Figura 2.6.2.

(DA): Gensini tipo 3, segmento proximal y medio, lesiones severamente calcificadas, estenosis máxima de 95%, flujo distal TIMI 2. Angioplastia coronaria a DA: mediante catéter guía, se avanzó guía al segmento distal de la DA, se cambió por microcatéter, realizándose ablación rotacional con olivas de 1.25 y 1.75 por 70 segundos, con adecuada ganancia luminal, se realizó OCT encontrando placa severamente calcificada con halo de 360° (Figura 2.6.1), profundidad máxima de 8 mm y longitud de 36 mm, sin fractura del mismo, por lo que se realizó litotricia con balón, realizándose un total de 70 terapias desde el segmento medio hasta ostial de la DA, adecuada expansión, posteriormente se implantaron dos stents, con postdilatación con balón. Angiografía de control sin complicaciones con flujo distal TIMI 3. OCT final: adecuada aposición del stent, sin disección de bordes (Figura 2.6.2). **Material y métodos:** el tratamiento de las lesiones coronarias calcificadas cada vez es más complejo, sin embargo, cada día hay más herramientas que sobrepasan este obstáculo. Actualmente sólo existen escasos reportes de casos que combinen ambas terapias. **Resultados y conclusiones:** este caso exitoso incluye las herramientas de intervención e imagen más emergentes en la cardiología intervencionista: la AR y LC con apoyo de OCT.

## 2.7. Enfermedad vascular cerebral isquémica en contexto de foramen oval permeable con cierre exitoso con dispositivo Amplatzer

Ayala-Méndez Monserrat, Hernández-Bravo Mariana Jazmín, Montelongo-Sánchez Jesús Emmanuel, Zarate-Ordoñez Fabiola, Pacheco-Pérez Ernesto Javier  
Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Introducción:** el foramen oval permeable (FOP) resulta de la falta de fusión del *septum primum* y *secundum* después del nacimiento, es una afectación cardíaca congénita con prevalencia de 25% de población adulta. El diagnóstico, evaluación y tratamiento es relevante en relación con diversas patologías como el infarto cerebral criptogénico, el síndrome platipnea-ortodesoxia, el síndrome de descompresión o las migrañas, aunque puede ser un hallazgo casual sin repercusiones clínicas. Existen rasgos anatómicos específicos y morfología variable, como grandes defectos > 5 mm, cortocircuito persistente de derecha a izquierda en reposo, aneurisma del septo interauricular (ASI) y la presencia de una válvula de Eustaquio prominente, se han relacionado con mayor riesgo de embolia paradójica. El ASI se define como una

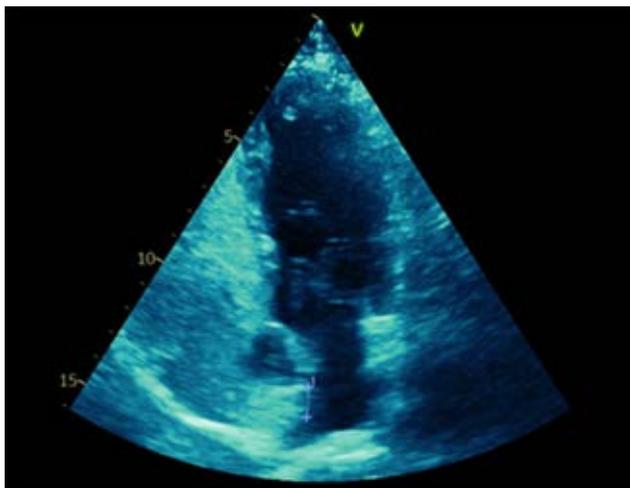


Figura 2.7.1.

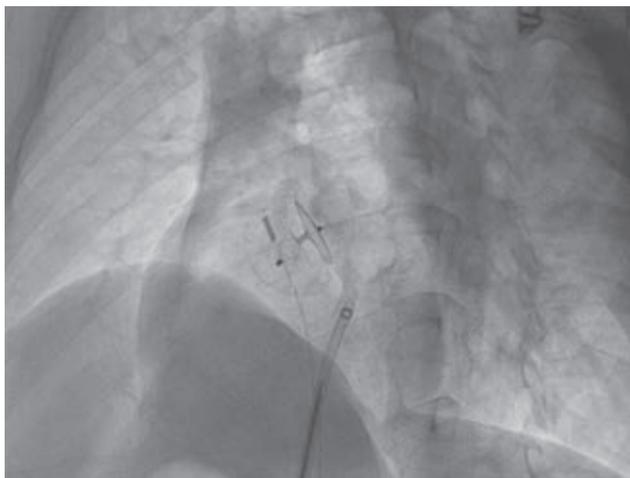


Figura 2.7.2.

excursión de la membrana del septo interauricular > 10 mm desde el plano septal, se presenta en 35% de los casos. Existen métodos diagnósticos: el estándar de oro es el cateterismo cardiaco, otros métodos ultrasonido (US) Doppler transcraneal, ecocardiograma transtorácico (ECOTT) con solución salina agitada con sensibilidad de 88%, especificidad 82% y ecocardiograma transesofágico (ECOTE). **Descripción del caso:** masculino de 42 años de edad, sin comorbilidad, tabaquismo suspendido. Inicia el 13 de julio del 2022 con disminución de fuerza de hemicuerpo izquierdo y parestesias, bradilalia, fasciculación de hemicara izquierda, disartria, lateralidad manual izquierda, disestesias hemicuerpo izquierdo, disimetría y disidiadococinesia izquierdas, NIHSS cinco puntos, RMN de encéfalo con lesión hiperintensa en difusión en territorio de circulación posterior, peritalámico y temporal derecho, no lesión en FLAIR y T2. EVC tipo isquémico hiperagudo en hemisferio dominante, del tálamo e hipocampo derechos, territorio vascular de arteria coroidea posterior izquierda, zona de glosis frontal

derecha aislada e inespecífica. Trombolizado con alteplasa 0.9 mg/kg. NIHSS dos a los 60 minutos. US Doppler carotídeo y vertebral sin evidencia de enfermedad ateromatosa. US Doppler de miembros inferiores sin datos de trombosis. ECOTT 14/07/22 con suero salino agitado positivo para foramen oval permeable de 9 mm asociado con aneurisma del septum interauricular tipo 4RL de Olivares. Siendo candidato para intervencionismo, se realizó cateterismo el 15/08/22 con sonda de ultrasonido intracavitario posicionada en aurícula derecha. Cardiopatía congénita acianógena tipo foramen oval permeable con cortocircuito de izquierda a derecha, arterias epicárdicas sin lesiones angiográficas. VI no dilatado sin alteraciones de la contractilidad FEVI 60% D2VI 12 mmHg. PSAP 30 mmHg, presión media de arteria pulmonar 20 mmHg y posterior cierre exitoso de foramen oval permeable con dispositivo Amplatzer FOP 36 mm. **Material y métodos:** revisión sistemática y exhaustiva de revistas indexadas al 2022 disponibles en PubMed, Medline y ScienceDirect, identificando las palabras claves: «foramen oval permeable en adultos», dando relevancia al factor de impacto. **Resultado:** el diagnóstico se realizó por ECOTT con solución salina agitada en protocolo de estudio de EVC isquémico y su tratamiento con anticoagulante oral directo y cierre del FOP con dispositivo Amplatzer. El tratamiento de elección de los pacientes con FOP es contradictorio. En este caso, al ser un paciente joven sin comorbilidad, con EVC isquémico en ventana terapéutica para trombólisis sin secuelas y a pesar de tener un riesgo de recurrencia de 1% de nuevo evento isquémico cerebral, se optó por realizar cierre de FOP por intervencionismo un mes posterior, el cual fue exitoso (Figuras 2.7.1 y 2.7.2). Se realizó ECOTT a las 24 horas sin complicaciones y mantendrá seguimiento ecocardiográfico al mes, seis meses y 12 meses como control de posicionamiento del dispositivo de cierre y en búsqueda de comunicación residual.

## 2.8. TAVI de rescate en estenosis aórtica grave de bajo flujo y bajo gradiente e infarto tipo 2 complicado con choque cardiogénico

Ponce-Barahona Aldo, De la Peña-Almaguer Erasmo, Jerjes-Sánchez Carlos, Quintanilla Juan, Torre-Amione Guillermo Instituto de Cardiología y Medicina Vascular, TecSalud, ITESM.

**Presentación del caso:** hombre de 82 años, frágil, acude a urgencias con disnea en edema agudo de pulmón. EF: ingurgitación



Figura 2.8.1: Electrocardiograma del paciente al momento del ingreso. Ritmo sinusal. Notar intervalo QT prolongado y aplanamiento de onda T de V3-V6.

yugular, taquipnea. Troponina de alta sensibilidad 29,822 ng/L; BNP 2,090.7 pg/mL. Ecocardiograma transtorácico (ETT): FEVI de 35%, AVA 0.6 cm<sup>2</sup> y gradiente medio (GMed) de 17 mmHg, volumen latido indexado de 22 mL/latido/m<sup>2</sup> y gasto cardiaco de 2.8 L/min (*Figura 2.8.1*). **Resultado:** dos días postprocedimiento es dado de alta. El contar con un programa de TAVI activo por más de siete años en nuestra institución es vital y permite implementar una TAVI de rescate. El hecho de ser un paciente octogenario, frágil y con riesgo quirúrgico alto, lo convierte en candidato a TAVI por ser un procedimiento mínimo invasivo y seguro. **Análisis y conclusiones:** en un inicio hubo fallo a la extubación secundaria a disfunción ventricular izquierda (*Figura 2.8.2*). Se realizó TAVI implantando válvula Medtronic CoreValve Evolut PRO de 29 mm con recuperación hemodinámica instantánea incluyendo extubación inmediata por mejoría en la mecánica ventilatoria. ETT con GMed de 8 mmHg.



**Figura 2.8.2:**

*Radiografía de tórax con cardiomegalia y derrame pleural izquierdo.*