

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años | 120 kg | 1,75 m | IMC 39,2 kg/m²

Antecedentes cardiovasculares

HTA, dislipidemia, obesidad grado II y ex tabaquismo.

FA paroxística, ablación previa. Anticoagulado con rivaroxabán.

Disfunción del nodo sinusal: MCP VVI desde 2018; recambio de generador en 2022.

Enfermedad coronaria: PCI de coronaria derecha con 2 stents (2023).

Internación previa por insuficiencia cardíaca.

Antecedentes patológicos: SAOS, EPOC.

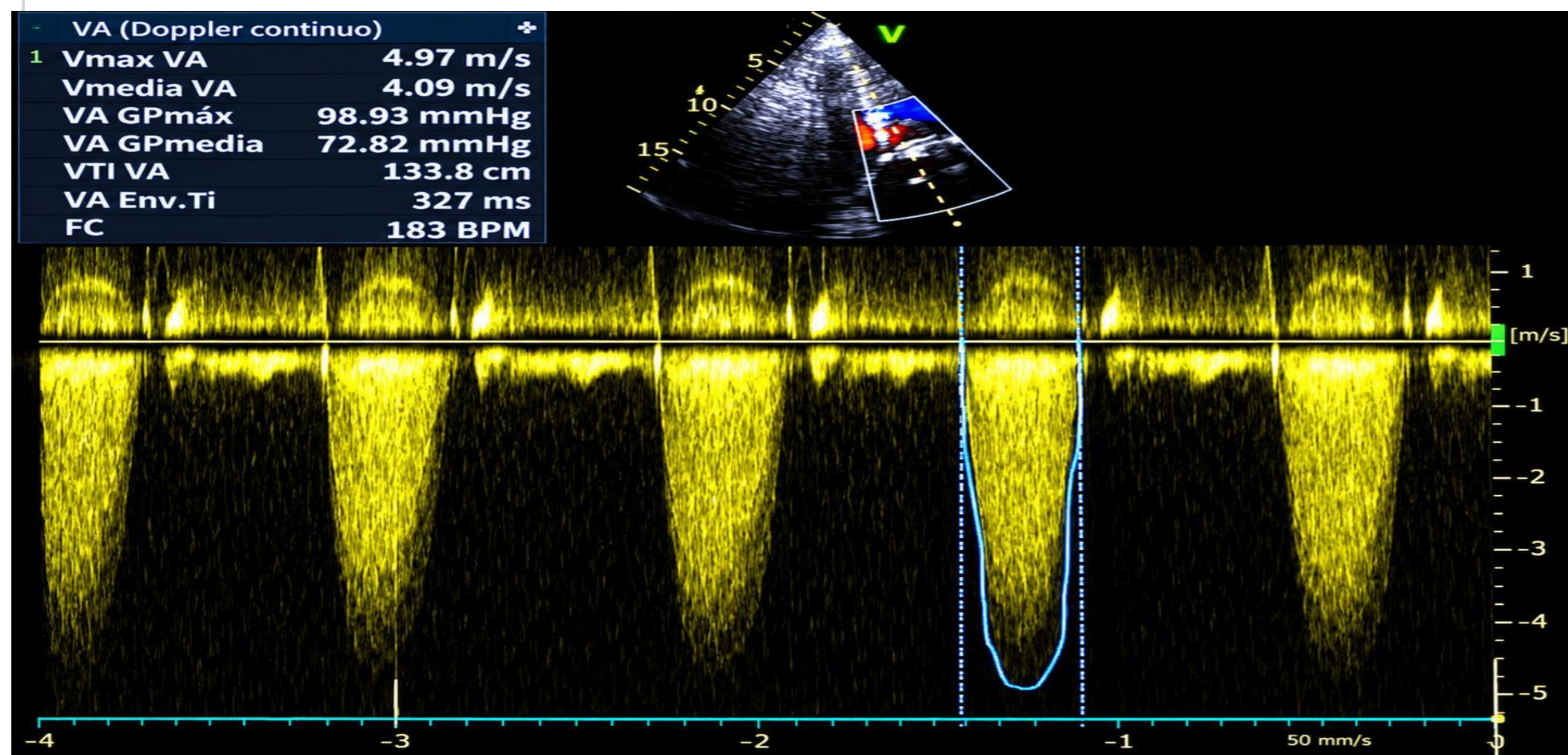
Presentación actual

Paciente con disnea progresiva de esfuerzo y mareos, sin síncope, con antecedente de internación por insuficiencia cardíaca descompensada. En contexto de valvulopatía aórtica conocida, se realiza reevaluación ecocardiográfica que evidencia estenosis aórtica severa de alto gradiente con FEVI reducida.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

DDVI: 57mm DSVI: 42mm SIVD: 12.9mm PPVI: 11.8mm VD: 31mm

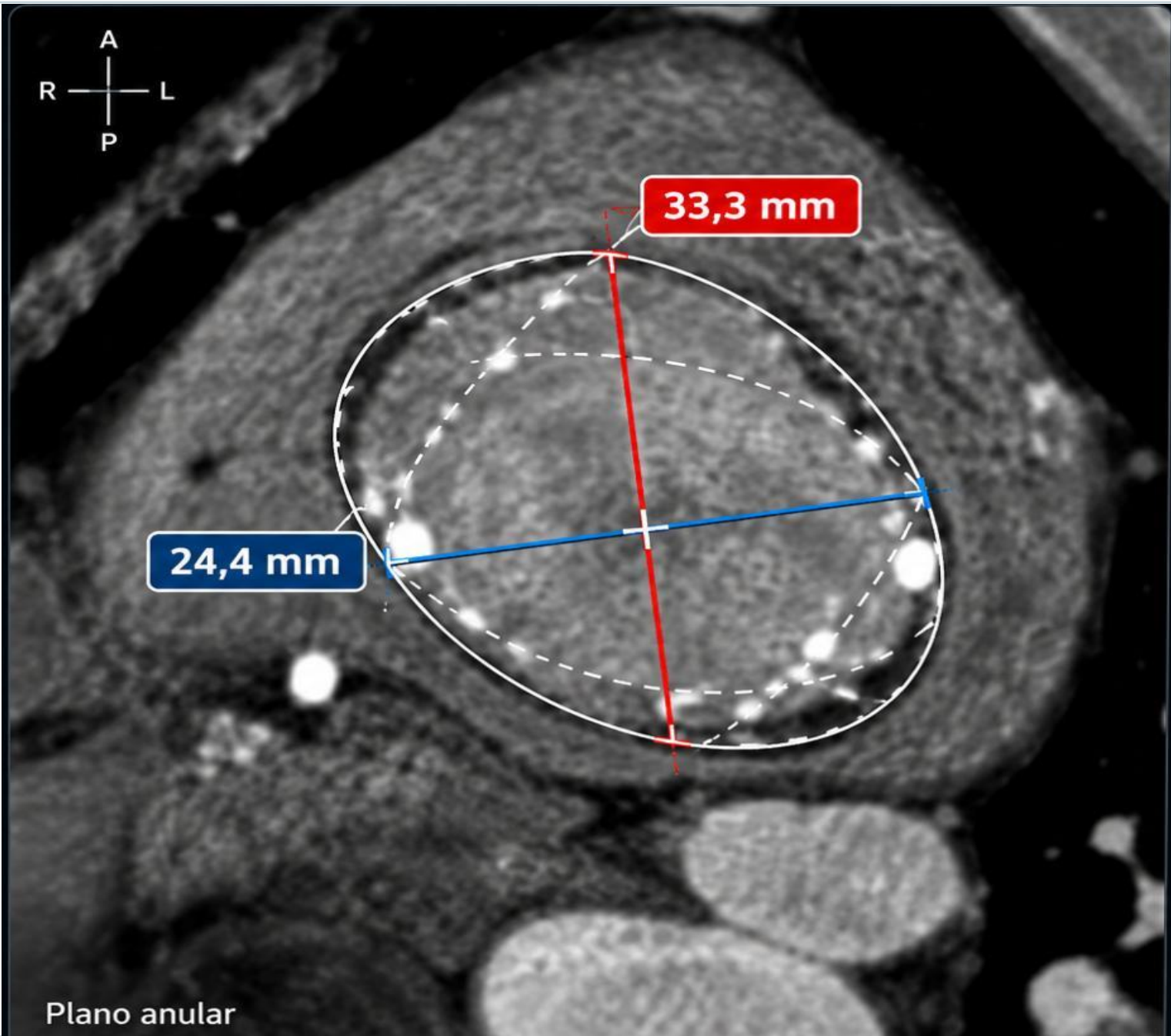
Vmax 4,97 m/s	G. pico 98 mmHg	G. medio 72 mmHg	FEVI 35%
------------------	--------------------	---------------------	-------------



ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA
→ INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN VALVULAR

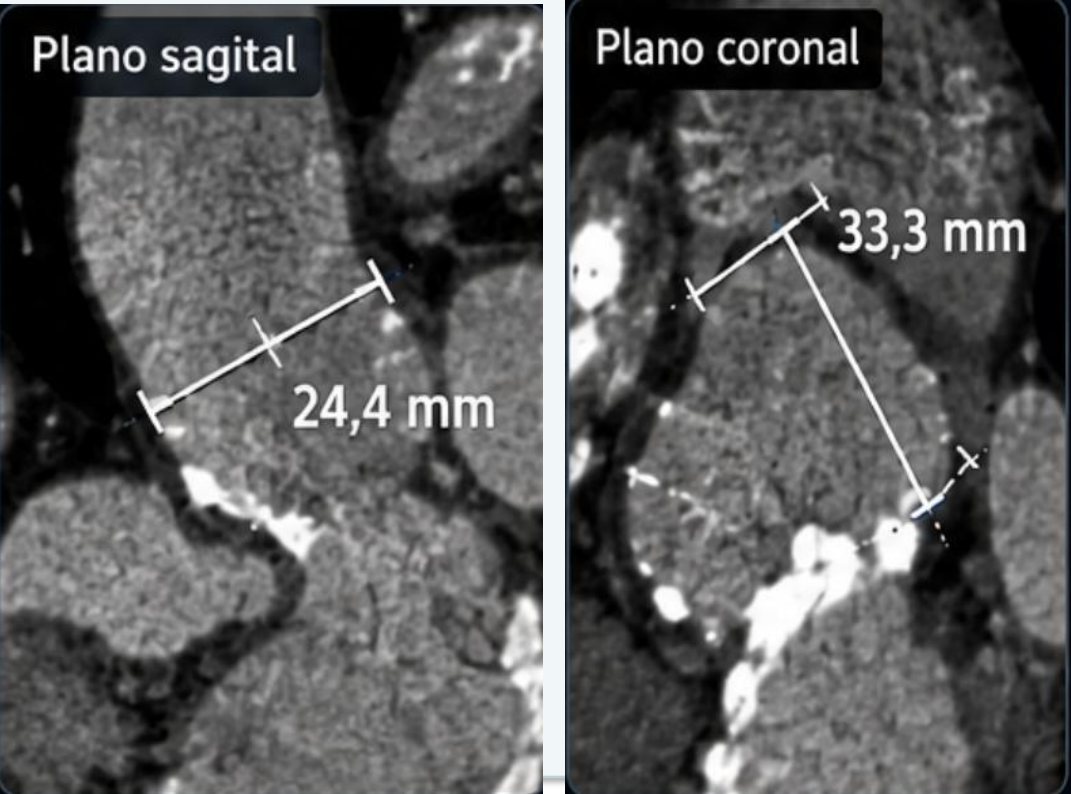
EL DESAFÍO ANATÓMICO

AngioTC — planificación pre-TAVI



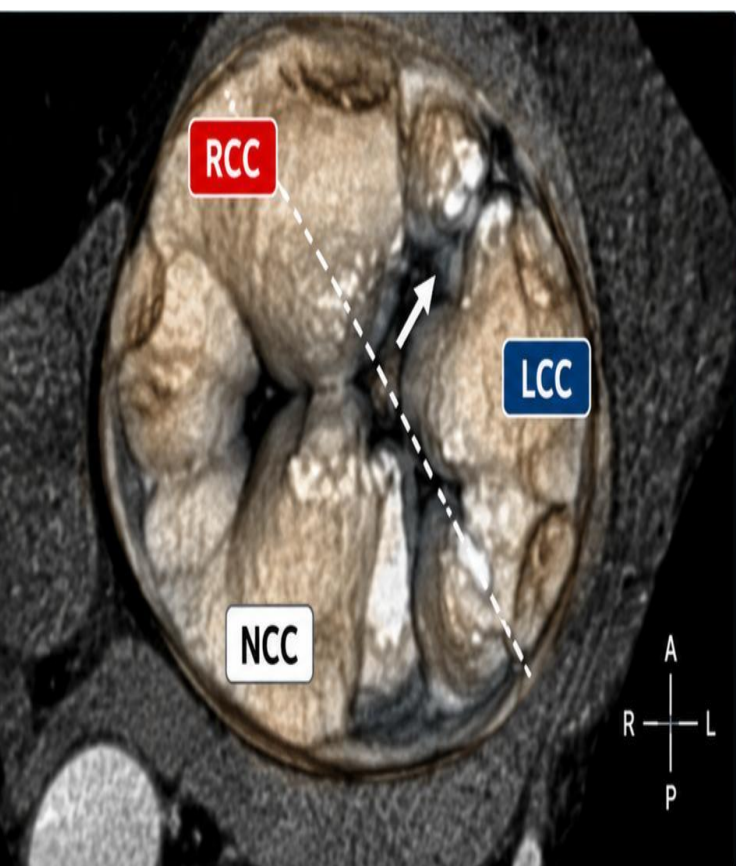
ANILLO AÓRTICO

Diámetro mínimo 24,4 mm
Diámetro máximo 33,3 mm
Área 652 mm²
Perímetro 92,7 mm
Ø por área 28,8 mm
Ø por perímetro 29,5 mm



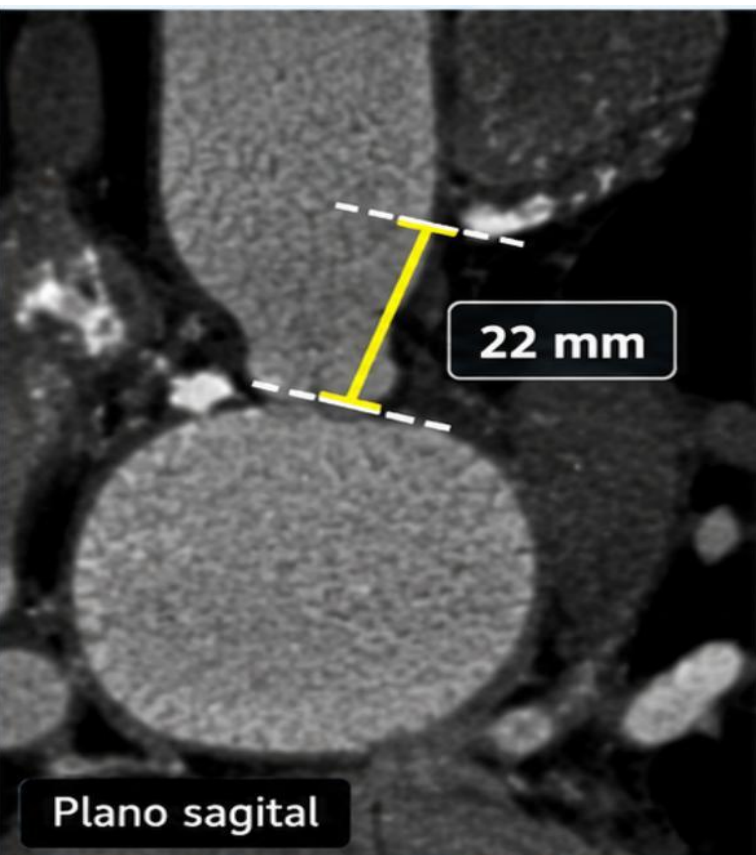
ANILLO GRANDE Y MARCADAMENTE ELÍPTICO

ANATOMÍA VALVULAR



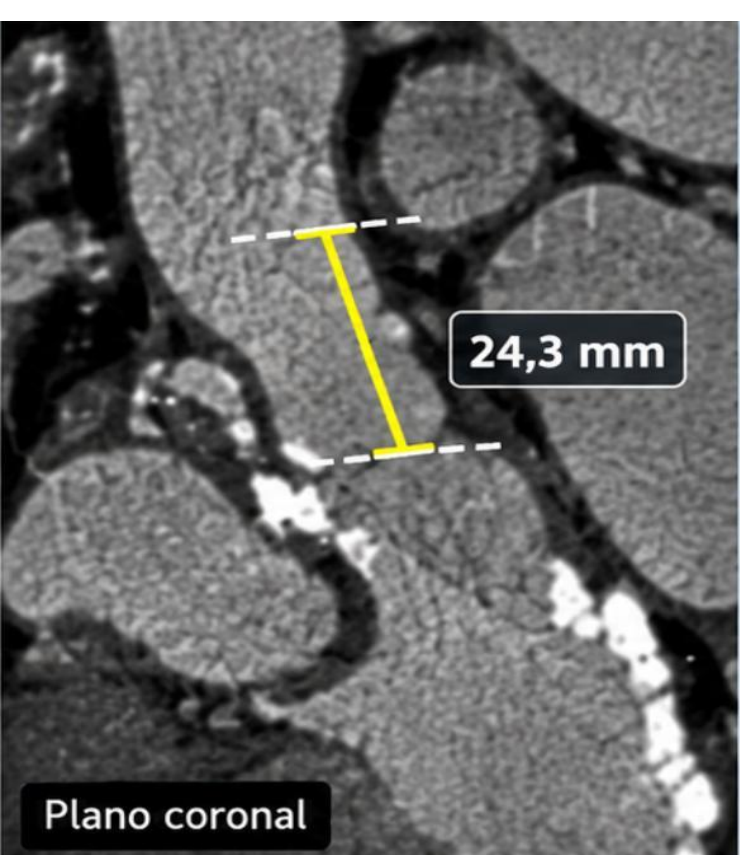
Probable BAV
Fusión RCC–LCC

CORONARIAS



CI 22 mm
CD 24,3 mm

ACCESO/ AORTA



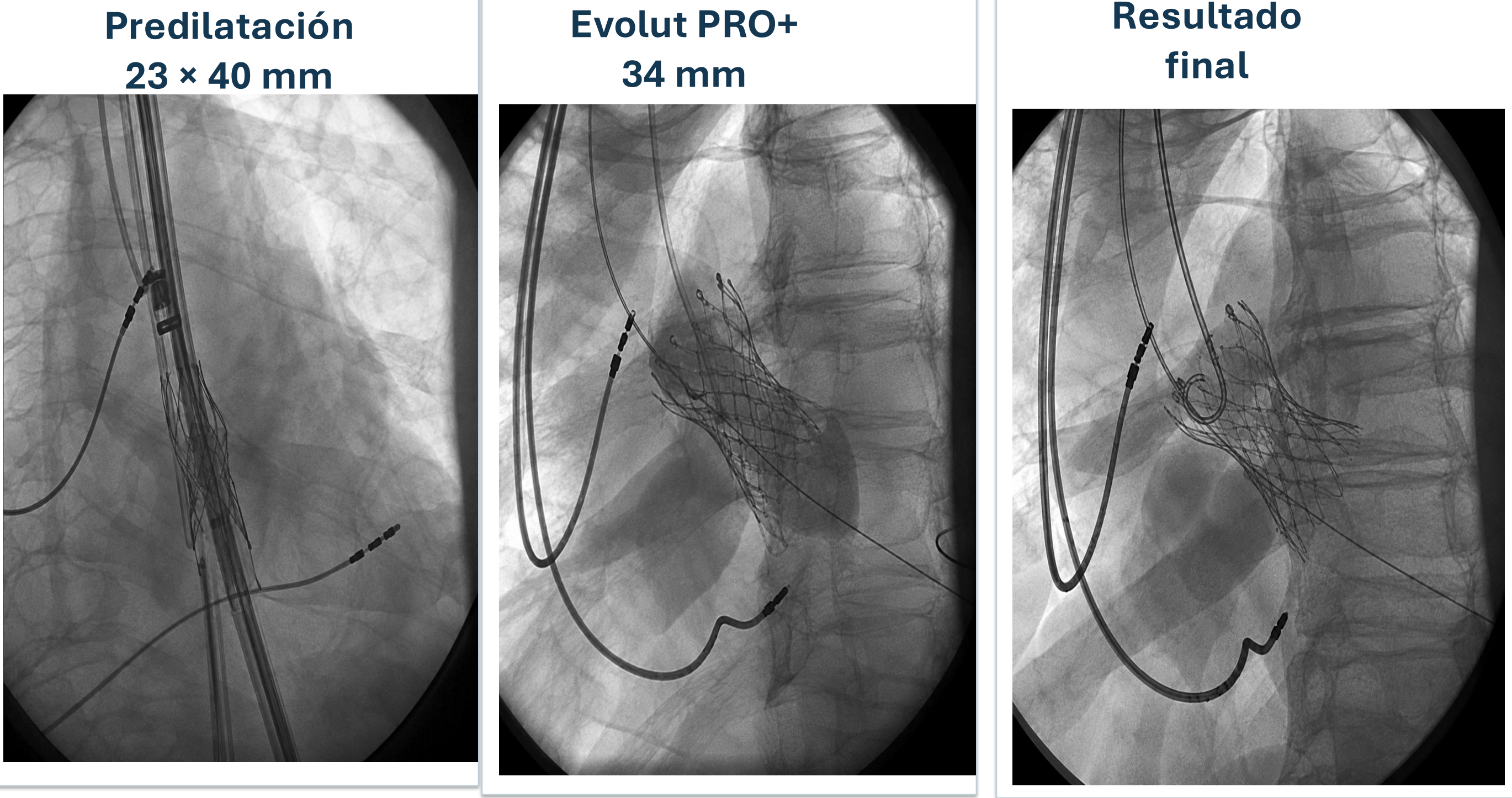
Femoral 8,1 mm
Aorta asc. 40,6 mm

PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

Anillo grande y elíptico + probable BAV RCC–LCC
Evaluación de raíz aórtica, coronarias y acceso transfemoral
EuroSCORE II: 2,76%

TAVI TRANSFEMORAL
EVOLUT PRO+ 34 mm

PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS



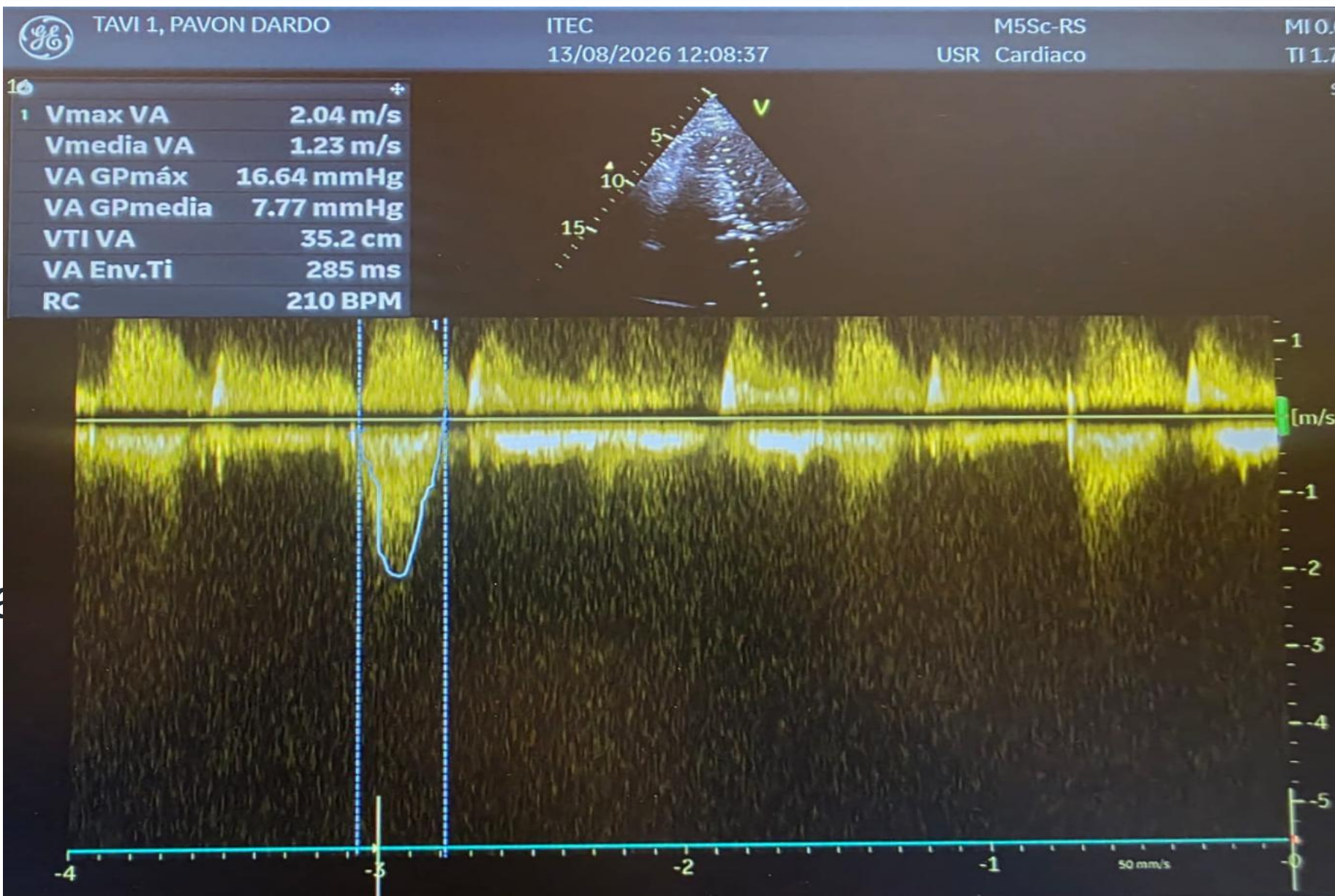
RESULTADO HEMODINÁMICO

Gradiente pico

70 → 5
mmHg

Evolución inmediata

- Implante exitoso.
- Sin complicaciones inmediatas.
- Prótesis normofuncionante.
- Leak paravalvular leve.



CONCLUSIÓN

La anatomía bicúspide y un anillo grande y marcadamente elíptico no impidieron una estrategia transcatóter exitosa. La planificación anatómica integral permitió seleccionar y optimizar el implante de una Evolut PRO+ 34 mm, logrando una reducción del gradiente de 70 a 5 mmHg, con leak paravalvular leve y evolución inicial favorable.

Cuando la anatomía desafía el sizing, la planificación transforma la complejidad en estrategia.