

## Valve-in-valve mitral con septo interauricular gravemente calcificado



### Mitral valve-in-valve with severe atrial septum calcification

Luis Fernández González\*, Koldobika García San Román, Juan Carlos Astorga Burgo, Aida Acín Labarta, Juan Pablo Betere Reynolds y Roberto Blanco Mata

Sección de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

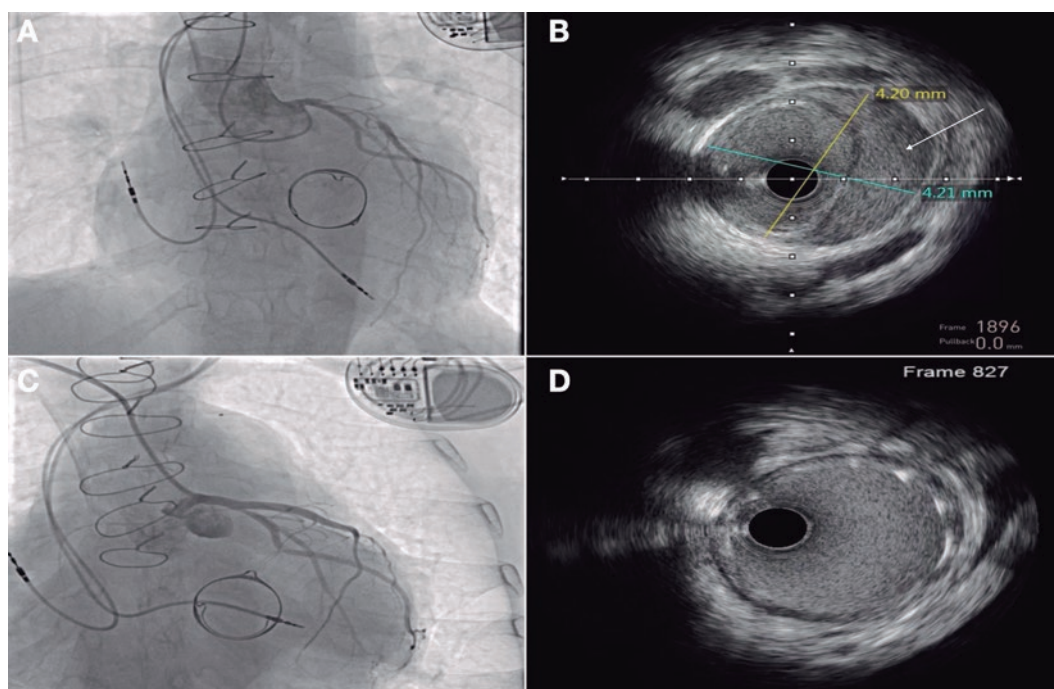


Figura 1.

Mujer de 55 años con canal auriculoventricular incompleto con reparación del *cleft* mitral y cierre con parche del defecto tipo *ostium primum* y posterior implante de bioprótesis mitral (Carpentier PERIMOUNT 27, Edwards, Estados Unidos) en la edad adulta. Evolucionó con episodios de aleteo auricular izquierdo y se decidió realizar una ablación retroaórtica del nódulo auriculoventricular, por imposibilidad de punción transeptal, con disección yatrogénica del tronco común izquierdo resuelta tras el implante de un *stent* farmacactivo (figura 1A-D, vídeos S1 y S2). A lo largo del seguimiento presentó datos de degeneración protésica progresiva (figura 2A-B, vídeos S3 y S4), por lo que se decidió llevar a cabo un implante percutáneo de prótesis mitral *valve-in-valve*. Se procedió con punción transeptal del parche gravemente calcificado (figura 2C-D) con sistema Versacross (Boston Scientific, Estados Unidos) y mediante un catéter deflectable se avanzó una guía de alto soporte que fue capturada en el ventrículo izquierdo, estableciendo un circuito venoarterial. Se realizó septostomía con catéter balón Atlas Gold 16 × 45 mm (BD, Estados Unidos), y con gran dificultad, dada la complejidad anatómica, se avanzó una vaina de 26 Fr DRYSEAL (Gore, Estados Unidos) hasta la aurícula izquierda, a través de la cual se implantó una bioprótesis SAPIEN 3 Ultra 26 (Edwards, Estados Unidos) con inflado nominal + 2 cm<sup>3</sup>. Se observó una buena expansión, con ligera protrusión en el ventrículo izquierdo sin conflicto con el tracto de salida (figura 3A-D, vídeo S5). Se dio el alta hospitalaria a la paciente con una función protésica normal que se mantenía al año de seguimiento (vídeo S6). La paciente firmó el consentimiento informado.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luisfg82@hotmail.com](mailto:luisfg82@hotmail.com) (L. Fernández González).

X [@hemodinamicacr10](#)

Recibido el 14 de mayo de 2025. Aceptado el 17 de junio de 2025. Online el 4 de julio de 2025.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2025 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

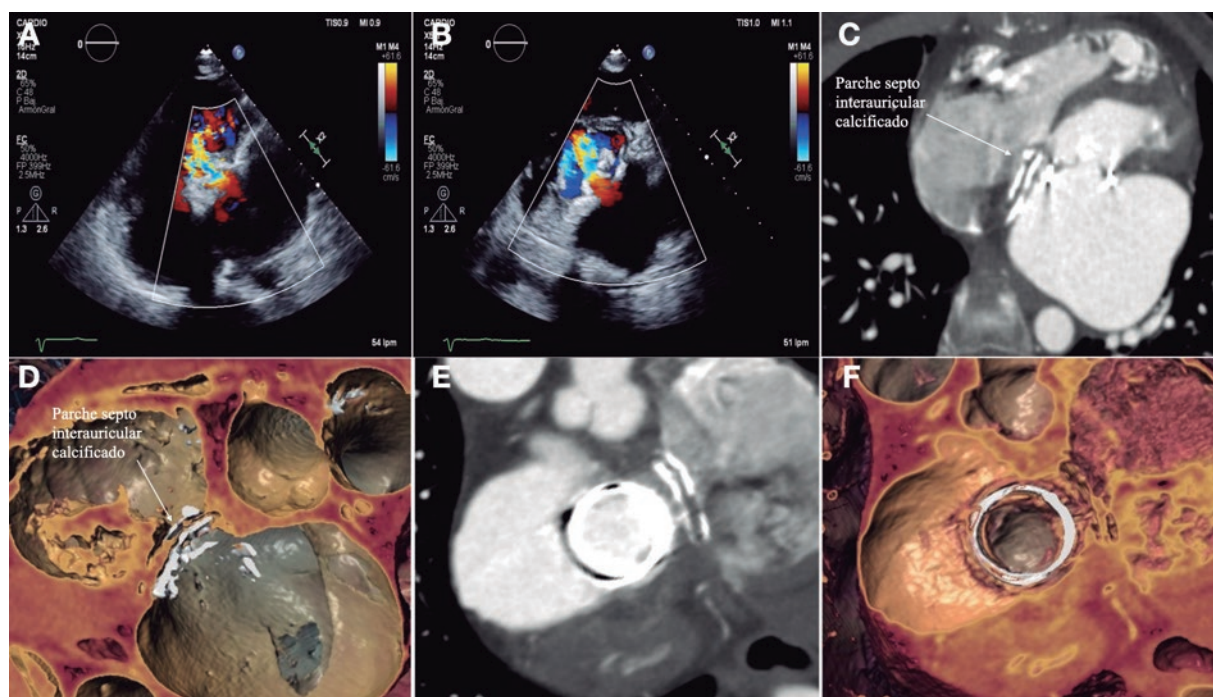


Figura 2.

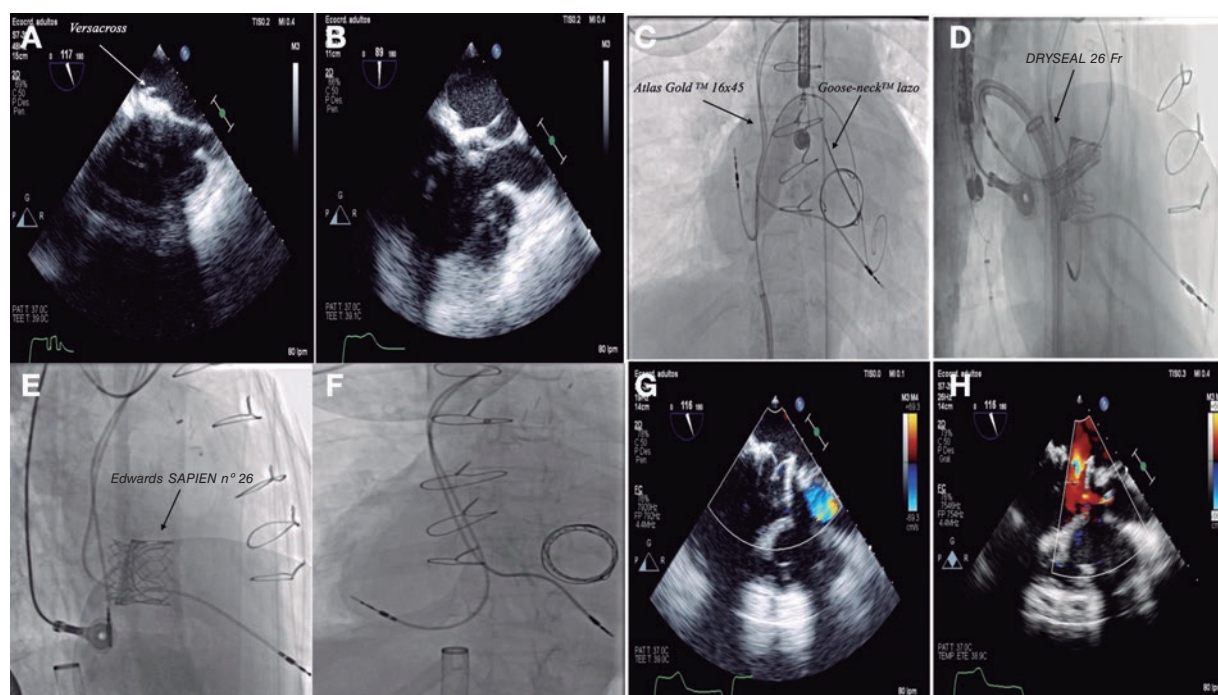


Figura 3.

### FINANCIACIÓN

Ninguna.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo ha sido aceptado por el comité ético de nuestro centro. Se obtuvo el consentimiento informado para la publicación del caso y está archivado. Se han seguido las directrices SAGER con respecto a los posibles sesgos de sexo/género.

### DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha utilizado inteligencia artificial para la elaboración de este trabajo.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido por igual en la elaboración del texto.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses en relación con el asunto del artículo.

### MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M25000536>.