

Reconstrucción percutánea del tronco pulmonar para resolver la embolización de un *stent*

*Percutaneous reconstruction of pulmonary trunk to solve *stent* embolization*

Álvaro Aparisi^a, José Luis Zunzunegui^b e Ignacio J. Amat-Santos^{a,c,*}

^a Departamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Unidad de Cardiología Infantil, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c CIBERCV, Departamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

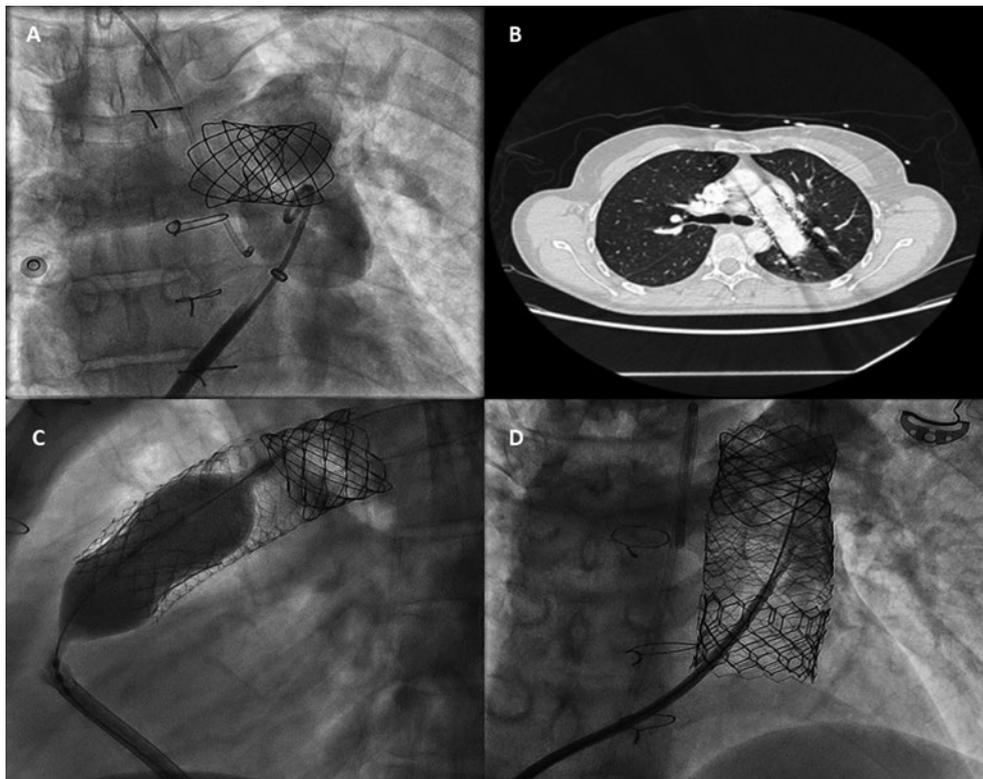


Figura 1.

Mujer de 48 años con estenosis pulmonar congénita que precisó una valvuloplastia quirúrgica en 1978 con síntoma de presentación de disnea progresiva. Las imágenes de la resonancia magnética cardiovascular realizada confirmaron la presencia de ventrículo derecho dilatado, insuficiencia grave y aneurisma de arteria pulmonar (39 × 25 mm). El equipo multidisciplinar optó por el implante transcatóter de una válvula pulmonar. Durante la fase previa al implante de un CP *Stent* no recubierto de 15-25 mm × 47-55 mm (NuMED, Estados Unidos) montado sobre un balón de 25 mm del tracto de salida del ventrículo derecho nativo sobrevino la embolización del *stent* con anclaje espontáneo a la arteria pulmonar izquierda (vídeo 1 del material adicional y figura 1A). Como la paciente seguía estable, se optó por un manejo expectante que permitiera la endotelización del *stent*. El *stent* (figura 1B) se utilizó como sustrato de anclaje con 2 meses

* Autor para correspondencia: Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Ramón y Cajal 3, 47005 Valladolid, España. Correo electrónico: ijamat@gmail.com [I.J. Amat-Santos].

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>
<https://doi.org/10.24875/RECIC.M1900093>

2604-7306 / © 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

Cómo citar este artículo: Aparisi Á, et al. Reconstrucción percutánea del tronco pulmonar para resolver la embolización de un *stent*. *REC Interv Cardiol.* 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M1900093>

de diferencia del implante proximal de 2 *stents* más largos Andrastent XXL de 57 mm (Andramed, Alemania) montados sobre un balón XL AndraBalloon de 30 x 40 mm para crear una zona de aterrizaje para la válvula Sapien-3 de 29 mm. El resto de la intervención fue todo un éxito (figura 1C). La paciente se mantuvo asintomática y sin defectos de perfusión, tal y como confirmó la gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión y un gradiente transvalvular medio de 7 mmHg sin insuficiencia residual a los 6 meses (figura 1D).

En casos de tronco pulmonar aneurismático y tracto de salida del ventrículo derecho nativo/no calcificado dilatado, el riesgo alto de migración del *stent* o de la válvula se puede evitar mediante el implante «programado» de un primer *stent* de menores dimensiones en una de las ramas pulmonares. Posteriormente, se pueden anclar *stents* proximales secuenciales a esta zona de aterrizaje para posibilitar la reconstrucción del tronco pulmonar con un riesgo bajo de compromiso del flujo en la rama pulmonar encarcelada. Nuevos estudios para el análisis de este escenario están plenamente justificados.

CONFLICTO DE INTERESES

J.L. Zunzunegui es *proctor* de Edwards Lifesciences.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M19000093>.