

## TP93

### 53. IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSAPICAL SOBRE VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE. ¿CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA?

Rodríguez-Caulo E, Araji O, Ramírez B, Miranda N, García-Borbolla R, Velázquez C, García-Borbolla M, Pérez-Duarte E, Gutiérrez MA, Téllez JC, Barquero JM

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

**Introducción:** el implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) es una opción terapéutica emergente para aquellos pacientes considerados de alto riesgo o rechazados para cirugía valvular aórtica convencional. La presencia de válvulas aórticas bicúspides (VAB) es la anomalía congénita cardíaca más frecuente (1-4%). Inicialmente, la presencia de VAB fue considerada un criterio de exclusión para TAVI, ya que predice un riesgo aumentado de eventos aórticos adversos, como mal sellado con insuficiencia periprotésica, mal posicionamiento o dislocación valvular debido a la mayor frecuencia de forma elíptica y asimétrica del anillo aórtico, con calcificaciones grandes e irregulares, sobre todo a nivel del rafe.

**Métodos:** presentamos el caso clínico de una paciente de 75 años, con estenosis aórtica grave sobre VAB, hipertensa, broncópata con hipertensión pulmonar y un EuroSCORE de

17,9%. Se decidió acceso transapical debido a arterias femorales pequeñas y calcificadas (6 mm)

**Resultado:** bajo anestesia general y procedimiento protocolizado TAVI, se implantó una válvula Edwards Sapien número 23 mm (Edwards Lifesciences Inc, Irvine, CA) sin ninguna complicación y expansión circular completa. La paciente fue dada de alta al duodécimo día postoperatorio.

**Conclusiones:** se han publicado pocos casos en la literatura actual, por lo que en este caso clínico resumimos nuestra experiencia en el manejo de TAVI en VAB, con excelente resultado final y sin complicaciones, pudiendo realizarse de forma segura si se realiza una evaluación preoperatoria correcta, evitando anillos asimétricos, elípticos, con grandes acumulaciones de calcio y poca distancia del mismo a los *ostium* coronarios, para evitar complicaciones durante el procedimiento.

## TP94

### 52. LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE VENA CAVA INFERIOR: LA RECONSTRUCCIÓN VASCULAR NO ES IMPRESCINDIBLE

Rodríguez-Caulo E, Velázquez C, Ramírez B, García-Borbolla R, Miranda N, García-Borbolla M, Gutiérrez MA, Pérez-Duarte E, Téllez JC, Araji O, Barquero JM

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

**Introducción:** aunque raros, los leiomiomas vasculares primarios (LVP) de la vena cava inferior (VCI) son las neoplasias primarias más comunes, con menos de 300 casos publicados en el mundo. Se originan de las células musculares lisas de la capa media de los vasos, con predominio en la VCI.

**Métodos:** presentamos el caso clínico de una paciente de 81 años e historia previa de dolor abdominal difuso, varices e hipertensión. Se realizó una tomografía computarizada (TC) que objetivó una masa retroperitoneal emergiendo de la VCI en su nivel II, sin evidencia de metástasis. Mediante biopsia por punción se confirmó el diagnóstico de LVP.

**Resultado:** accediendo mediante laparotomía media y maniobra de Kocher del colon y duodeno, se realizó resección quirúrgica en bloque del segmento de VCI afecto + ligaduras

proximal y distal, nefrectomía derecha, hepatectomía parcial, además de *bypass* con vena safena autóloga invertida desde vena renal izquierda hasta remanente de cava. La pieza tumoral intraoperatoria pesó 1.320 g con medidas de 16 × 13 × 10 cm. La paciente fue dada de alta al decimoséptimo día postoperatorio y permanece asintomática a los 9 meses tras la cirugía, con función renal conservada (creatinina 1,2).

**Conclusiones:** la cirugía, sola o en combinación con quimioterapia, constituye la única opción de supervivencia a largo plazo. El manejo agresivo con reconstrucciones vasculares es recomendable, a pesar de que la reconstrucción de la continuidad de la VCI y del flujo venoso renal restante no es imprescindible, y debe ser individualizada en cada caso en función de la expansión tumoral.