24

**TROMBOSIS VALVULAR AÓRTICA: REVISIÓN DE TEMA A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Eitler Heck A, Fernández Pereda I, Solar Sigala X, De Baeremaecker D, Cerda Bargetto J, Durando Tirado M, Sanhueza Cardemil P.

Unidad Coronaria, HSJD. Santiago.

La trombosis protésica obstructiva (TPO) es una complicación temida y de mal pronóstico aun con un tratamiento rápido. Sus diversas formas de presentación hacen necesario un alto nivel de sospecha clínica y la rápida utilización de métodos diagnósticos en vistas a un tratamiento correcto y mejorar la evolución. Frente a un paciente con prótesis valvular mecánica y síntomas cardiovasculares, es necesario realizar rápidamente estudios diagnósticos, como ecocardiografía, que permiten un diagnóstico correcto en un alto porcentaje de casos. Realizado el diagnóstico, la elección del método terapéutico dependerá de los síntomas del paciente y sus comorbilidades, reservándose la cirugía cardíaca para aquellos pacientes más sintomáticos y los fibrinolíticos para aquellos con pocos síntomas y trombos pequeños. La TPO es una complicación poco frecuente directamente relacionada con el tipo de válvula, el riesgo anual es variable, 0,1% en posición aórtica, hasta cifras de 1,3% en posición mitral. Si la anticoagulación no es correcta el riesgo aumenta hasta 13%-20% anualmente. El riesgo es mayor durante el primer año del implante.

**Materiales y Métodos**: Paciente masculino de 49años, antec de Reemplazo Valvular Aórtico St Jude N°25 (por Estenosis Aórtica Severa sintomática en válvula Bicúspide), Insuficiencia Cardiaca Valvular con FE: 15%, HTA cr e Hipotiroidismo, en tratamiento con Acenocumarol, según registros con adecuado rango INR. Se Hospitaliza en la Unidad Coronaria por cuadro de 3 meses de evolución con deterioro de su CF basal I hasta el reposo. Se realiza estudio con AngioTC de tórax descartando TEP, pero mostrando signos de IC descompensada, troponinas negativas, y CAG: sin lesiones significativas de arterias coronarias, se realiza ecocardiograma TT que muestra prótesis mecánica en posición aórtica con estenosis severa (Gmax: 49.5mmHg/Vmax: 3.5m/s/Gmed: 30mmHg) FE: 10%, se completa con Eco TE mostrando abundantes trombos intraprótesis la mayor de 1.2cm, además se realiza cinefluoroscopía en sala de hemodinamia, que muestra válvula mecánica bidisco en posición aórtica con movilidad conservada de un solo disco estando el otro en posición de cierre total. Luego de la compensación con tratamiento médico asociado y evaluación con el Heart Team, se decide trombolísis.

**Resultados**: Se realiza trombolísis (evidencia IIaC) Alteplase 10mg EV en bolo 10min, luego BIC de 90mg en 90min, según las recomendaciones de las guías AHA 2014 y ESC 2017, seguidamente de anticoagulación por BIC de HNF. Una semana posterior al procedimiento, pcte retoma CF II, compensación de IC, realizando ecocardiograma TE de control que mostró FEVI: 19%, Gmed: 24mmHg y a la segunda semana de tratamiento nuevo ecocardiogramaTE mostrando ausencia de trombos intraprótesis aórtica con excursión normal de sus elementos móviles, Gmed: 11mmHg y Gmáx: 19mmHg. Recuperando CF I NYHA. Una vez dado de alta, se implanta DAI subcutáneo.

**Conclusión**: La presentación de este caso guarda relación con la baja prevalencia de esta complicación tardía, y a que no se registran casos de trombolísis en éste centro de referencia cardioquirúrgico. Y a la decisión de fibrinólisis en un pcte de alto riesgo quirúrgico. Para evitar el riesgo de trombosis el tratamiento con antagonistas de la vitamina K debe iniciarse a las 24-48 hs de la cirugía cardíaca. Se debe mantener un INR entre 2-3 para las prótesis mecánicas aórticas y entre 2,5-3,5 para pacientes de alto riesgo o con prótesis mecánicas mitrales. Se recomienda, además, agregar ácido acetilsalicílico 75-100 mg a todos los pacientes con prótesis mecánicas y a aquellos con prótesis biológicas con factores de riesgo.