ISSN (electrónico): 1695-2987 - ISSN (papel): 0003-3170

Angiología

Caso Clínico

Manejo conservador de la válvula aórtica transcatéter mal posicionada en un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal

Conservative management of a malpositioned transcatheter aortic valve in an infrarenal abdominal aortic aneurysm

Ana Mayor Díaz, Nieves Aleicel Concepción Rodríguez, Verónica Morillo Jiménez, Jennifer Mondragón Zamora, Álvaro Fernández Heredero

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Resumen

Introducción: la implantación transcatéter de la válvula aórtica (TAVI) es una alternativa al reemplazo quirúrgico en pacientes con estenosis aórtica severa, pero no está exenta de complicaciones, como la migración valvular.

Caso clínico: varón de 84 años con estenosis aórtica sintomática sometido a TAVI. Durante el procedimiento, la válvula se desplegó accidentalmente en la aorta abdominal infrarrenal aneurismática. Se implantó una segunda válvula correctamente. El paciente permaneció estable, asintomático y con pulsos periféricos presentes. La angiografía computarizada (angio TC) evidenció la primera válvula en una dilatación fusiforme de 3,6 a 4 cm de la bifurcación aórtica.

Discusión: la migración valvular hacia una aorta abdominal aneurismática es una complicación infrecuente. La decisión de manejo conservador se basó en la estabilidad clínica, la ausencia de isquemia distal y la localización estable del dispositivo. Este caso resalta la importancia de un enfoque individualizado y del seguimiento estrecho en complicaciones raras de TAVI, especialmente en pacientes frágiles en los que una reintervención podría tener alto riesgo.

Palabras clave:
Estenosis aórtica. TAVI. Aneurisma de aorta abdominal. Migración valvular.

Abstract

Introduction: transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is an alternative to surgical replacement in severe aortic stenosis but carries risks such as valve migration.

Case report: an 84-year-old man with symptomatic aortic stenosis underwent TAVI. During the procedure, the valve was accidentally deployed in an infrarenal abdominal aortic aneurysm. A second valve was successfully implanted. The patient remained stable, asymptomatic, and with preserved peripheral pulses. CT angiography showed the first valve within a 3.6 cm fusiform aneurysm, 4 cm above the aortic bifurcation.

Discussion: valve migration into an aneurysmal abdominal aorta is extremely rare. Conservative management was chosen due to clinical stability, absence of distal ischemia, and stable valve position. This case highlights the importance of individualized management and close follow-up in rare TAVI complications, especially in frail patients at high surgical risk.

Keywords:
Aortic stenosis. TAVI. Abdominal aortic aneurysm. Valve migration.

Recibido: 01/07/2025 • Aceptado: 23/03/2026

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Mayor Díaz A, Concepción Rodríguez NA, Morillo Jiménez V, Mondragón Zamora J, Fernández Heredero Á. Manejo conservador de la válvula aórtica transcatéter mal posicionada en un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Angiología 2026;78(3):128-131

DOI: 10.20960/angiologia.00798

Correspondencia:
Ana Mayor Díaz. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario La Paz. P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid
e-mail: anamayordiaz@gmail.com

©Copyright 2026 SEACV y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente en nuestro país. La implantación de una válvula aórtica transcatéter (TAVI) se ha desarrollado como una alternativa a su reemplazo quirúrgico en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática, especialmente en aquellos con alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, este procedimiento no está exento de complicaciones; entre las más frecuentes cabe destacar: hemorragias u otras complicaciones en el acceso vascular, ictus isquémicos o hemorrágicos, bloqueo auriculoventricular, infarto agudo de miocardio, derrame pericárdico o desplazamiento de la válvula aórtica de su lugar de implante Esta última complicación ocurre en aproximadamente un 0,5-1,5 %de los casos. El lugar de la migración es la aorta en un 0,3 % (1,2).

CASO CLÍNICO

Presentamos a un paciente varón de 84 años al que se implantó una TAVI por estenosis aórtica sintomática.

En el momento del procedimiento ocurrió un despliegue incidental de la válvula en la aorta abdominal infrarrenal, que era aneurismática. Se colocó una segunda válvula aórtica, en este caso, bien posicionada.

El paciente fue trasladado a la unidad de reanimación y se realizó una angiotomografía computarizada en la que se evidenció el dispositivo alojado en la dilatación fusiforme de la aorta abdominal infrarrenal de 3,6 cm de diámetro a unos 4 cm de la bifurcación aórtica (Figs. 1 y 2).

El paciente se mantuvo estable hemodinámicamente, asintomático y con pulsos periféricos presentes y simétricos.

Por todo ello, se decidió manejo conservador con controles clínicos y radiológicos periódicos, en los que el paciente ha permanecido asintomático, con exploración vascular normal y con diámetros estables del aneurisma.

DISCUSIÓN

El implante percutáneo de válvulas aórticas ha revolucionado el tratamiento de la estenosis aórtica severa, particularmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico. No obstante, aunque su perfil de seguridad ha mejorado con los años, persisten complicaciones, como la migración valvular, que, aunque son infrecuentes, en las series contemporáneas son potencialmente graves (1,2).

En esta ocasión, la prótesis se localizó en la aorta abdominal infrarrenal aneurismática, una situación infrecuente que plantea consideraciones específicas desde el punto de vista vascular. En la angio TC abdominal se visualiza predominantemente el armazón metálico de la prótesis balón-expandible Myval,

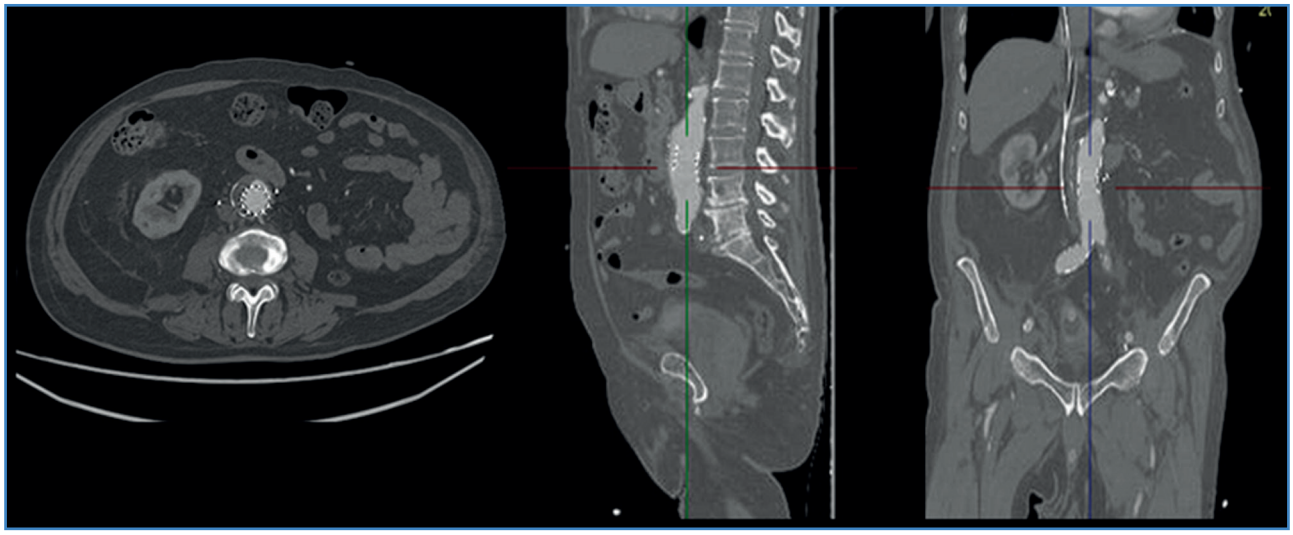

Figura 1. *Imágenes de angiografía computarizada en planos transversal, sagital y coronal de la aorta abdominal infrarrenal aneurismática en las que se visualiza TAVI mal posicionada.*

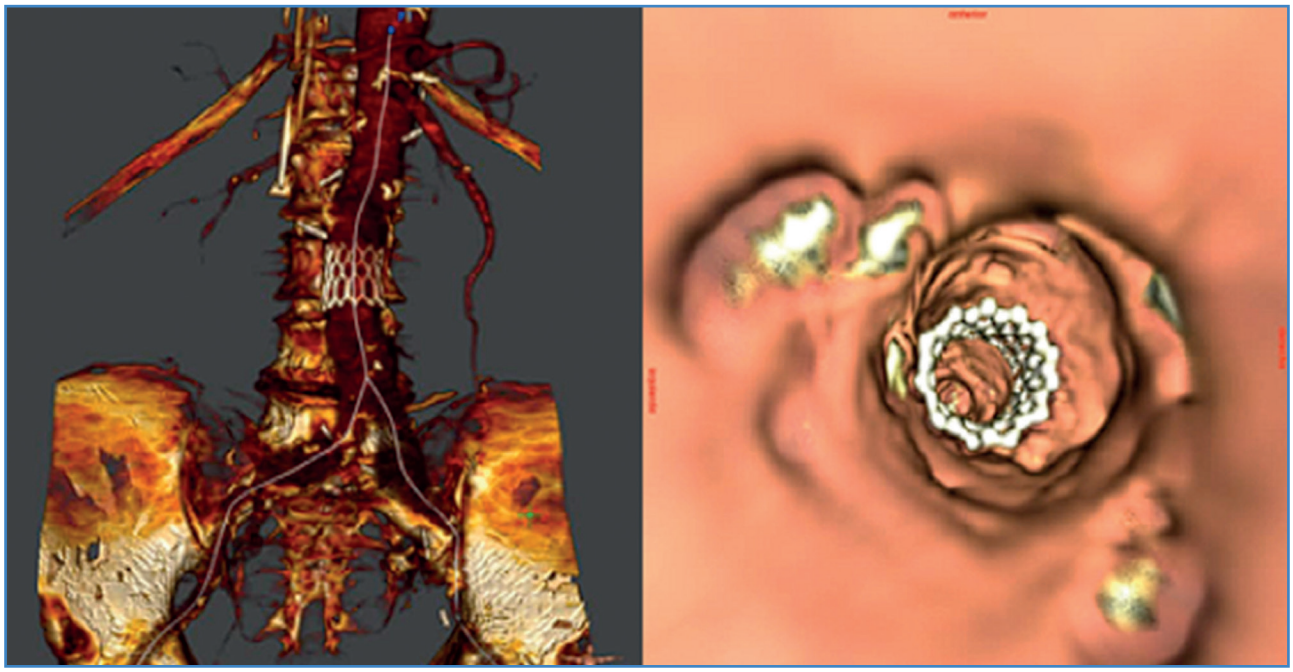

Figura 2. *Reconstrucción tridimensional de aorta abdominal infrarrenal aneurismática en la que se observa TAVI mal posicionada.*

fabricado en cobalto-cromo, mientras que los velos de pericardio bovino no son claramente distinguibles. Esta apariencia radiológica es esperable y refleja las características estructurales del dispositivo, en el que el componente metálico presenta alta radiopacidad en comparación con el tejido biológico (3).

La prótesis Myval es un dispositivo balón-expandible con un diseño de celdas abiertas y elevada fuerza radial, lo que condiciona su comportamiento una vez desplegada fuera de la posición valvular (3). En la aorta abdominal, una prótesis completamente expandida puede comportarse como una estructura intraluminal abierta, lo que permite el paso del flujo a través de su luz y, en ausencia de compromiso de ramas arteriales o desalineación significativa, sin generar gradientes hemodinámicos relevantes. Este comportamiento se ha descrito en series de casos de embolización valvular en las que dispositivos alojados en la aorta descendente o abdominal permanecen estables y hemodinámicamente bien tolerados a medio plazo (1,4).

No obstante, la localización en un aneurisma de aorta abdominal introduce factores adicionales que deben ser considerados. Entre las posibles complicaciones a largo plazo se incluyen la trombosis sobre la estructura protésica o mural, la embolización distal, la interacción crónica con la pared aneurismática (potencialmente favoreciendo fenómenos inflamatorios o de remodelado) y la interferencia con futuros procedimientos endovasculares, especialmente la reparación mediante EVAR (4,5). Asimismo, aunque la estabilidad posicional suele ser elevada en prótesis balón-expandibles debido a su fuerza radial, no puede descartarse completamente el riesgo de desplazamiento secundario (1).

En este contexto, la decisión de manejo conservador debe individualizarse y apoyarse en una evaluación multidisciplinar. En nuestro caso, la ausencia de compromiso hemodinámico, la estabilidad del dispositivo y la falta de complicaciones asociadas permitieron optar por una actitud expectante, con seguimiento clínico y radiológico estrecho, lo que pone de manifiesto que, en escenarios seleccionados, esta estrategia puede ser segura y eficaz (1,4).

En este escenario destaca la importancia del juicio clínico individualizado, especialmente en pacientes frágiles en los que una reintervención podría implicar un riesgo elevado. El seguimiento clínico y radiológico estrecho es fundamental para vigilar posibles complicaciones tardías, como trombosis, embolización distal o expansión aneurismática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tay E, Gurvitch R, Wijeysinghe N, et al. Outcome of patients after transcatheter aortic valve embolization. J Am Coll Cardiol Intv 2011;4(2):228-34. DOI: 10.1016/j.jcin.2010.10.010
2. Eggebrecht H, Vaquerizo B, Moris C, et al. Incidence and outcomes of emergent cardiac surgery during transfemoral transcatheter aortic valve implantation (TAVI): insights from the European Registry on Emergent Cardiac Surgery during TAVI (EuRECS-TAVI). Eur Heart J 2018;39(8):676-84. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx713. A correction has been published: Eur Heart J 2018;39(24):2281. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx814
3. Santos-Martínez S, Amat-Santos IJ, Serrador A, et al. Prótesis aórtica percutánea con balón expandible Myval. Experiencia inicial en España. Rev Esp Cardiol 2020;73(7):596-7.
4. Alkhouli M, Alqahtani F, Bhatt DL, et al. Outcomes and resource utilization for nonelective versus elective transcatheter mitral valve repair. Am J Cardiol 2019;123(11):1889-91.
5. Wanhainen A, Van Herzeele I, Bastos Goncalves F, et al. Editor's Choice -- European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-Iliac Artery Aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 2024;67(2):192-331. DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.11.002