

Cierre de fuga paravalvular mitral gigante con doble acceso transapical



Giant mitral paravalvular leak closure using double transapical access

Bindo Missirotti^a, Antonio Totaro^a, Diego Magnano^a y Eustaquio Maria Onorato^{b,*}

^a Gemelli Molise di Campobasso - Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Campobasso, Italia

^b Centro Cardiologico Monzino, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Milán, Italia

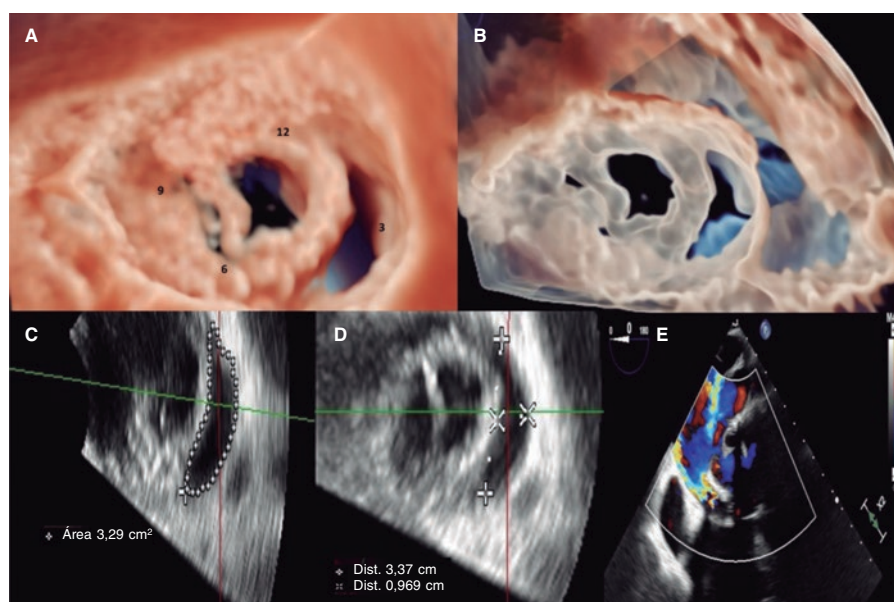


Figura 1.

Presentamos el caso de un varón de 75 años con insuficiencia cardiaca (IC) por insuficiencia aórtica grave provocada por una endocarditis infecciosa que fue tratado con cirugía de reemplazo valvular por bioprotésicas aórtica y mitral. A los 6 meses, se confirma la recurrencia de la IC por insuficiencia mitral grave secundaria a una fuga periprotésica (FPP) causada por una fuga gigante en medialuna de 33 x 9 mm en la región posteromedial (en la posición de las 2 a las 5 en el reloj) con un área de 329 cm² (figura 1A-E, vídeo 1 del material adicional). Se consideró al paciente de riesgo quirúrgico prohibitivo, y dio su consentimiento informado para someterse a una intervención de cierre de la FPP con catéter. La intervención se llevó a cabo en un quirófano híbrido con anestesia general, imágenes por ecocardiografía transesofágica (ETE) continua 2D/3D en tiempo real y guiado fluoroscópico. Se prefirió usar un abordaje transapical doble retrógrado quirúrgico abierto (técnica híbrida) debido al considerable tamaño de la fuga y ante la posible necesidad de usar simultáneamente múltiples dispositivos largos. Se consiguió atravesar la fuga fácilmente a través de 2 vainas cortas colocadas en el ápex del ventrículo izquierdo en una secuencia con 2 guías hidrofílicas de 0,035 pulgadas que, finalmente, intercambiamos por 2 guías extrarrígidas que se colocaron en las venas pulmonares (figura 2A-B). Posteriormente, se implantó un dispositivo ocluyente de fuga periprotésica con cintura rectangular (RW) de 18 x 10 mm (PLD, Occlutech, Suecia) y, simultáneamente, otro RW PLD de 14 x 6 mm, (figura 2C-F, vídeo 2 del material adicional). La ETE 2D/3D final confirmó el cierre efectivo de la FPP mitral gigante (figura 3A-D). El posoperatorio transcurrió sin incidentes y se dio de alta al paciente ante la evidente mejoría clínica. A los 2 meses, las imágenes de la ETE 2D/3D con Doppler color confirmaron la posición estable del dispositivo con fuga residual insignificante. En el caso de esta FPP mitral gigante, la elección de una tecnología de dispositivos diseñados específicamente y el doble abordaje transapical fueron la clave del éxito.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eustaquio.onorato@gmail.com [E.M. Onorato].

Recibido el 11 de marzo de 2022. Aceptado el 11 de mayo de 2022. Online: 13-06-2022.

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

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

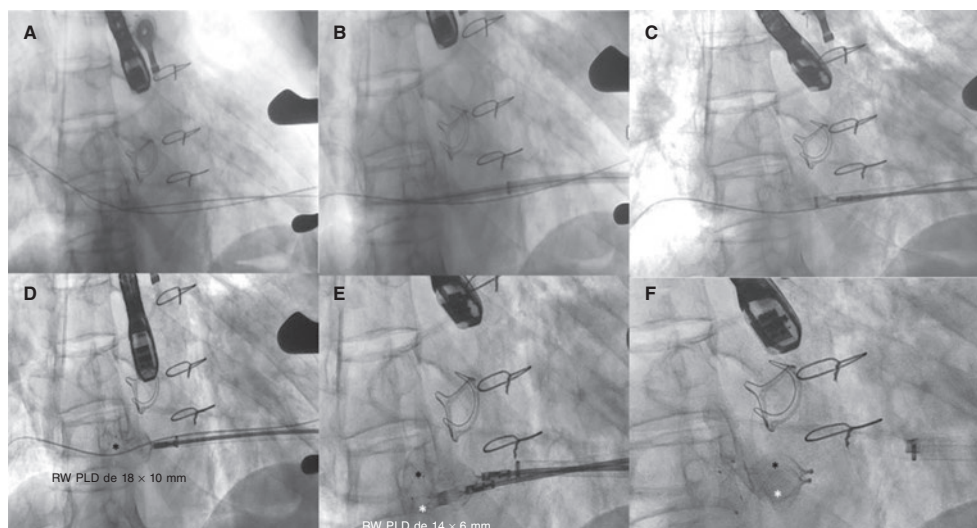


Figura 2.

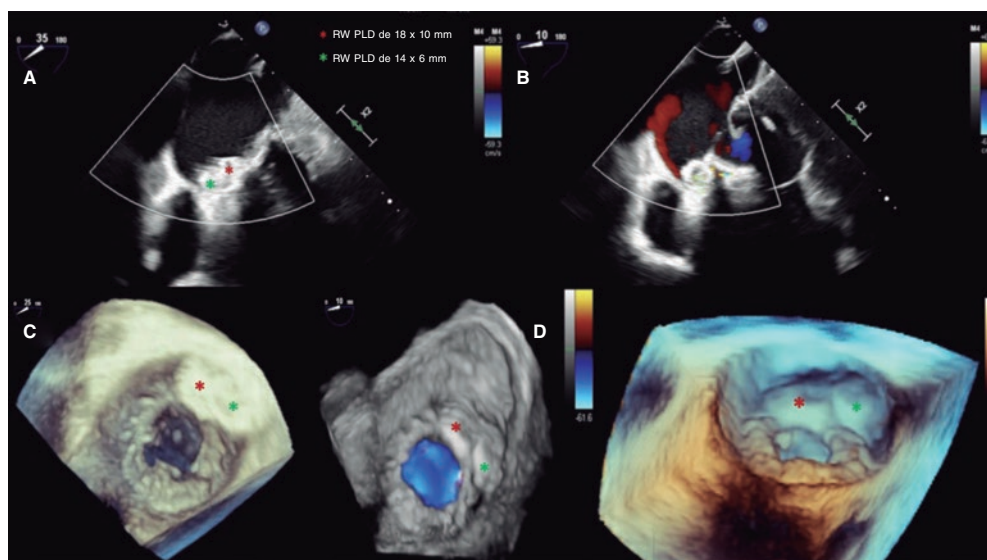


Figura 3.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

E.M. Onorato elaboró el manuscrito inicial. Todos los autores realizaron una revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión definitiva.

CONFLICTO DE INTERESES

E.M. Onorato es asesor de Occlutech. Los demás autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000302>.