

Cierre percutáneo transyugular de orejuela auricular izquierda



Transjugular left atrial appendage closure

Juan Gabriel Córdoba-Soriano^{a,*}, Juan Carlos García-López^b y Jesús Jiménez-Mazuecos^a

^a Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

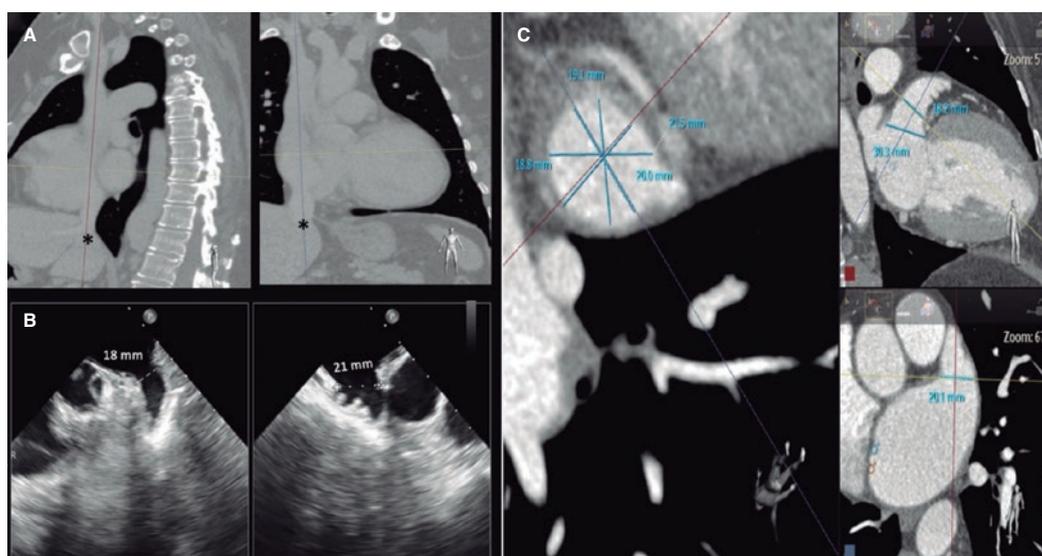


Figura 1.

Mujer de 52 años con fibrilación auricular, trombocitopenia y hemorragias digestivas graves con diferentes anticoagulantes. Se refirió para cierre de orejuela izquierda. Un año antes se intentó la ablación de venas pulmonares, con imposibilidad de acceso femoral por interrupción congénita de la vena cava inferior, previamente desconocida (figura 1A; asterisco). Se planificó un procedimiento transyugular derecho, bajo anestesia general, guiado por ecocardiografía transesofágica y fusión tomografía computarizada-fluoroscopia (video 1 del material adicional). La orejuela tenía morfología en manga de viento, con un diámetro medio de 20 mm en la *landing zone* y de 30 mm en el *ostium* (figura 1B,C), por lo que se decidió utilizar un dispositivo LAmbre (LifeTech Scientific, China) de 24 × 30 mm, cuya alta capacidad de anclaje y cierre predominante mediante el disco podrían facilitar el procedimiento. La punción transeptal se realizó con vaina SL1 y aguja BRK-1 XS (Abbott, Estados Unidos), a la que se realizó una curva secundaria, y con una guía de punción específica SafeSept (Pressure Products, Estados Unidos) para mayor precisión (figura 2A,B; el asterisco indica la punción posterior y media. Ao: aorta, OAI: orejuela, VCS: cava superior). El dispositivo se implantó a través de una vaina orientable Fustar de 10 Fr (LifeTech Scientific, China), que permitió mejorar el alcance y la coaxialidad (figura 3A,B. E: extensión; I: impulso; LM: ligamento de Marshall; P: rotación posterior; VM: válvula mitral). Se le dio de alta a las 24 horas, sin complicaciones y bajo tratamiento con apixabán (2,5 mg durante 45 días).

La imagen multimodal, las herramientas que facilitan una punción transeptal precisa y las vainas orientables pueden simplificar la realización de procedimientos mediante abordaje superior con eficacia y seguridad.

FINANCIACIÓN

No se ha obtenido financiación para la realización de este trabajo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgcorso.jgcs@gmail.com [J.G. Córdoba-Soriano].

X @JGCOrSO

Recibido el 28 de julio de 2023. Aceptado el 21 de Agosto de 2023. Online el 3 de octubre de 2023.

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

2604-7306 / © 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

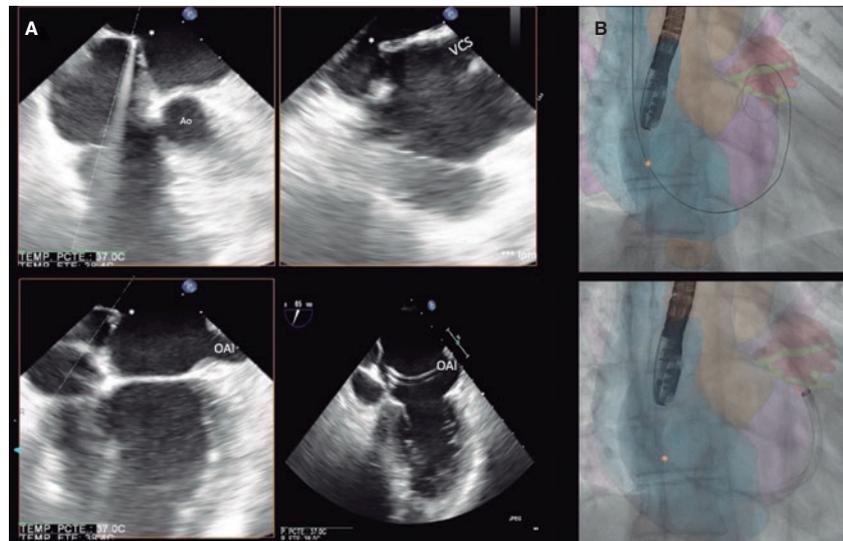


Figura 2.

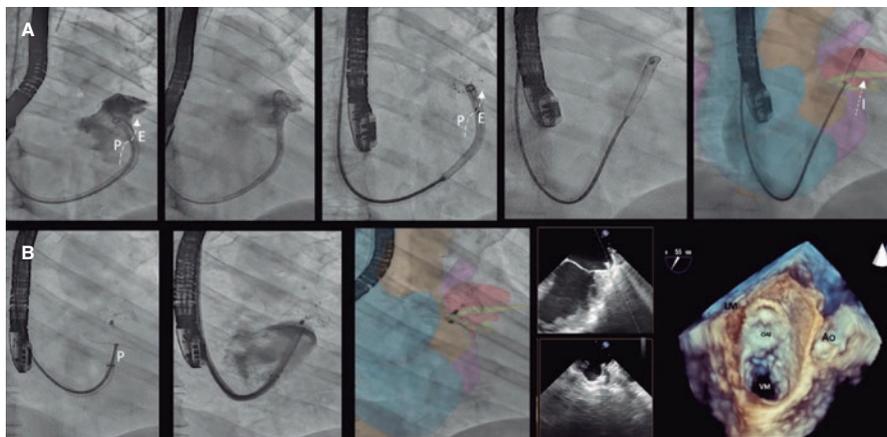


Figura 3.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La publicación del trabajo ha sido aprobada por el comité ético del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. La paciente otorgó su consentimiento informado para la realización de la intervención y para la publicación del caso. Se han tenido en cuenta las variables de sexo y género de acuerdo con las directrices SAGER.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha empleado inteligencia artificial para la elaboración de este trabajo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores han colaborado en la realización del artículo: J.G. Córdoba-Soriano en la redacción y el diseño, J.C. García-López en la selección de imágenes y la revisión del artículo, y J. Jiménez-Mazuecos en la revisión y la corrección del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses en relación con esta publicación.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M23000412>.