Documento descargado de http://www.revespcardiol.org el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Rev Esp Cardiol. 2012;65(3):299–301

Cartas al Editor

Comentario al artículo «Cierre percutáneo simultáneo de foramen oval permeable y orejuela izquierda»

Comment on the Article "Simultaneous Percutaneous Closure of Patent Foramen Ovale and Left Atrial Appendage"

Sra. Editora:

Con gran interés hemos leído el artículo titulado «Cierre percutáneo simultáneo de foramen oval permeable y orejuela izquierda»[1].

Los dispositivos de cierre percutáneo de orejuela izquierda (OI) han sido recibidos con entusiasmo, ya que evitan la agresión producida por la cirugía. Paralelamente, el análisis de las orejuelas cerradas quirúrgicamente en pacientes intervenidos por enfermedad mitral demuestra que no siempre se consigue la exclusión completa de la OI. Según el trabajo publicado por Kanderian et al[2], hasta un 60% de las orejuelas presentan una oclusión incompleta o mantienen, después de su cierre, un fondo de saco residual potencialmente embolígeno, independientemente de la técnica que se haya utilizado. Para llegar a estas conclusiones, los autores establecieron tres criterios ecográficos de permeabilidad: *a*) imágenes ecográficas compatibles con orejuela permeable; *b*) orejuela excluida pero con flujo de sangre que persiste dentro de ella, y *c*) un fondo de saco residual con más de 1 cm.

En el caso clínico presentado, después de la implantación de un Amplatzer Cardiac Plug (ACP), se observa «un mínimo flujo de penetración en la OI por los bordes del dispositivo mediante ecocardiograma transesofágico»[1]. Aplicando los mismos criterios anteriormente referidos, deberíamos considerar que el paciente presenta una oclusión incompleta.

Desde nuestro punto de vista, estos dispositivos tienen un error conceptual en su diseño, ya que su superficie circular no ocluye el *ostium* de la OI (que tiene forma oval), opinión compartida por otros autores[3]. Por otro lado, recientemente se ha publicado la experiencia inicial europea con ACP[4], en el que no se analizaron los resultados ecográficos de impermeabilidad, circunstancia que podría plantear dudas sobre su eficacia. Además, en los resultados publicados con otros dos dispositivos comercializados (de los que sí se valoraron resultados ecográficos), PLAATO® y WATCHMAN®, se observaron, respectivamente, fuga ligera en el 13% de los casos[5] y flujo a través del dispositivo $>$ 5 mm en el 14%[6].

En nuestra opinión, las orejuelas cerradas por cirugía son estructuralmente diferentes. Suele tratarse de pacientes con fibrilación auricular (FA) y/o enfermedad mitral concomitante, (re)intervenidos, habitualmente con aurículas $>$ 60 mm y con tamaños del *ostium* $>$ 25 mm, en comparación con orejuelas de pacientes con FA aislada, en los que las aurículas y el *ostium* no se encuentran tan dilatados, y sus paredes están menos adelgazadas y frágiles.

La exclusión quirúrgica de la OI (que se recomienda en las guías europeas para pacientes en FA sometidos a cirugía mitral) es un procedimiento eficaz siempre y cuando se utilicen técnicas que garanticen la impermeabilidad de la OI sin riesgo de complicaciones[7]. Probablemente falte una buena concienciación de la comunidad formada por cardiólogos y cirujanos en relación con la importancia del cierre de la orejuela, cuando todavía hay autores que discuten su beneficio[8].

En el caso clínico que se ha presentado, el abordaje percutáneo es menos invasivo y permite completar el tratamiento con procedimientos percutáneos de ablación de la FA. Pero no podemos olvidar que la cirugía (mediante abordajes mínimamente invasivos) permite también el cierre de la OI, la corrección de los defectos del septo interauricular y la ablación quirúrgica mediante técnicas ya contrastadas.

Desde nuestro punto de vista, los dispositivos percutáneos de cierre de OI necesitan todavía de mayor evolución y comprobación de su eficacia.

Rafael Hernández-Estefanía*, Beltrán Levy-Praschker y Gregorio Rábago

Servicio de Cirugía Cardiaca, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: r.hernandez.estefania@gmail.com
(R. Hernández-Estefanía).

On-line el 22 de noviembre de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Paulo M, Garcia E, Hernandez-Antolin RA, Almeria C. Cierre percutáneo simultáneo de foramen oval permeable y orejuela izquierda. Rev Esp Cardiol. 2011. doi: 10.1016/j.recesp.2010.12.008.
2. Kanderian AS, Gillinov AM, Pettersson GB, Klein AL. Success of surgical left atrial appendage occlusion techniques assessed by transesophageal echocardiography. J Am Coll Cardiol. 2008;52:924–9.
3. Su P, McCarthy KP, Ho SY. Occluding the left atrial appendage: anatomical considerations. Heart. 2008;94:1166–70.
4. Park JW, Bethencourt A, Sievert H, Santoro G, Meier B, Walsh K, et al. Left atrial appendage closure with amplatzer cardiac plug in atrial fibrillation: Initial european experience. Catheter Cardiovasc Interv. 2011;77:700–6.
5. Ostermayer SH, Reisman M, Kramer PH, Matthews RV, Gray WA, Block PC, et al. Percutaneous left atrial appendage transcatheter occlusion (PLAATO system) to prevent stroke in high-risk patients with non-rheumatic atrial fibrillation: results from the international multi-center feasibility trials. J Am Coll Cardiol. 2005;46:9–14.
6. Reddy VY, Holmes D, Doshi SK, Neuzil P, Kar S. Safety of percutaneous left atrial appendage closure: results from the Watchman Left Atrial Appendage System for Embolic Protection in Patients With AF (PROTECT AF) Clinical Trial and the Continued Access Registry. Circulation. 2011;123:417–24.
7. Hernandez-Estefania R, Praschker BL, Bastarrika G, Rabago G. Left atrial appendage occlusion by invagination and double suture technique. Eur J Cardiothorac Surg. 2011. doi: 10.1016/j.ejcts.2011.05.022.
8. Whitlock RP, Healey JS, Connolly SJ. Left atrial appendage occlusion does not eliminate the need for warfarin. Circulation. 2009;120:1927–32.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2010.12.008
DOI: 10.1016/j.recesp.2011.10.016

doi: 10.1016/j.recesp.2011.09.004

0300-8932/$ – see front matter © 2011 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.