



7. MANEJO DEL SHUNT RESIDUAL TRAS CIERRE PERCUTÁNEO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE (FOP): EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO

Teresa Simón Paracuellos¹, Georgina Fuertes Ferre², Javier Jimeno Sánchez², Marta López Ramón³, Gabriel Galache Osuna², Juan Sánchez-Rubio Lezcano², David Gómez Martín¹, Isabel Ezpeleta Sobrevía¹, Luis Cerdán Ferreira¹, David de las Cuevas León⁴, Mario Martínez Fleta¹, Sonia Peribáñez Belanche¹, José A. Diarte de Miguel² y M. del Rosario Ortas Nadal²

¹Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, ²Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, ³Unidad de Cardiopatías Congénitas. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España y ⁴Cardiología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El *shunt* residual tras el implante percutáneo de dispositivos de cierre de foramen oval permeable (FOP) se ha asociado a mal pronóstico, si bien no existen recomendaciones específicas acerca de su manejo. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia del *shunt* tras cierre percutáneo de FOP en nuestro centro, así como su manejo clínico y su evolución a largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye a todos los pacientes sometidos a cierre percutáneo de FOP en nuestro centro desde enero de 2009 hasta junio de 2022. La presencia de *shunt* residual se evaluó mediante ecocardiograma transtorácico con test de burbujas a los 6 meses del implante. Se consideró el paso de menos de 20 burbujas como *shunt* ligero y mayor a 20 burbujas como moderado-grave.

Resultados: Un total de 96 pacientes fueron incluidos, con una edad media de $50,95 \pm 16$ años; con un porcentaje similar de varones y mujeres (50 varones, 52%). Las principales características de nuestra cohorte se exponen en la tabla. Todos los procedimientos fueron guiados mediante ecocardiografía intracardiaca. A los 6 meses de seguimiento 23 pacientes (24%) presentaban *shunt* residual en el ecocardiograma de control: 18 ligero (19%) y 5 moderado-grave (5,2%). En caso de objetivarse *shunt* significativo a los 6 meses en todos los casos se optó por mantener doble terapia antitrombótica, mientras que en los casos de *shunt* ligero se desescaló a tratamiento antitrombótico simple. A 16 de estos pacientes se realizó control ecocardiográfico con test de burbujas a los 12 meses de seguimiento, mostrando persistencia del *shunt* en 11 casos, siendo moderado-grave en 2 casos en los que se realizó implante de nuevo dispositivo ocluser. En uno de estos casos el resultado fue subóptimo por lo que se mantuvo a largo plazo la terapia con aspirina y anticoagulante oral a largo plazo.

Características cohorte cierre percutáneo FOP

Características clínicas y ecocardiográficas

n = 96

Fibrilación auricular

4 (4,2%)

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Trombofilia | 27 (28,1%) |
| Foramen oval tuneliforme | 16 (16,7%) |
| Septo interauricular aneurismático | 41 (42,7%) |
| Válvula de Eustaquio | 15 (16,5%) |
| Red de Chiari | 2 (2,1%) |
| Indicación clínica | n = 96 |
| Ictus criptogénico | 80 (83,3%) |
| Síndrome de platipnea-ortodeoxia | 7 (7,3%) |
| Embolismo periférico | 5 (5,3%) |
| Dispositivo implantado | n = 96 |
| Figulla Flex | 68 (70,8%) |
| Amplatzer | 23 (23,4%) |
| Ultrasept | 4 (4,2%) |
| GSO | 1 (1%) |
| Tratamiento antitrombótico al alta | n = 96 |
| Tratamiento antiagregante doble | 79 (89%) |
| Aspirina más anticoagulante oral | 10 (10,4%) |
| Clopidogrel más anticoagulante oral | 3 (3,1%) |

| | |
|---|----------|
| Tratamiento antiagregante doble más anticoagulante oral | 3 (3,1%) |
| Aspirina en monoterapia | 2 (2,1%) |

Conclusiones: En nuestro centro la estrategia terapéutica a largo plazo del *shunt* tras cierre de FOP se guía por el test de burbujas realizado a los 6 meses, manteniéndose únicamente terapia antitrombótica combinado en casos de *shunt* moderado-grave. En la mayor parte de casos se aprecia una importante reducción del *shunt* residual en el control ecocardiográfico de los 12 meses, lo que podría sugerir la mayor conveniencia de realizar el primer control ecocardiográfico reglado a los 12 meses de seguimiento.