

Carta al Editor

Cierre percutáneo de la orejuela izquierda en presencia de trombo: cuanto más seguro, mejor



Percutaneous left atrial appendage closure in the presence of thrombus: the safer, the better

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de Fontenla et al.¹ referente al cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI) en presencia de trombo. En primer lugar, nos gustaría felicitar a los autores por su iniciativa y el trabajo realizado para esta indicación fuera de ficha técnica del dispositivo oclusor. Si bien la presencia de trombo en el interior de la orejuela sigue siendo contraindicación absoluta para el CPOI por haberse identificado como factor de riesgo embólico relevante², también supone una situación clínica compleja cuando existe algún tipo de contraindicación para el tratamiento anticoagulante o cuando hay trombo a pesar de un tratamiento anticoagulante adecuado. Por lo tanto, es necesario un análisis cuidadoso del riesgo/beneficio a la hora de realizar este tipo de procedimientos, ante el alto riesgo de embolización.

Fontenla et al. presentan una serie monocéntrica de 76 pacientes, en la que se describe la prevalencia de trombo en la orejuela de pacientes remitidos para CPOI, además de centrarse en aspectos técnicos y resultados en este tipo de procedimientos.

Los aspectos técnicos destacados por los autores para disminuir el riesgo embólico van dirigidos fundamentalmente a evitar la manipulación del material y la introducción de contraste en el interior de la orejuela. Sin embargo, no se menciona la principal característica que, a nuestro juicio, debe tener cualquier dispositivo de este tipo: que se pueda iniciar su liberación por fuera de la propia orejuela. De esta manera, el dispositivo parcialmente liberado sirve de obstáculo a la migración del trombo contenido, hasta finalmente asentarse en la zona de la orejuela correspondiente y cerrar así la estructura. Si bien hoy la mayoría de los dispositivos utilizados para el cierre de la orejuela lo permiten, hasta hace relativamente poco, con el dispositivo Watchman 2.5 (Boston Scientific, Estados Unidos), ampliamente utilizado y en el que se basa gran parte de la evidencia científica actual, no era posible, ya que se debía introducir la vaina en el interior de la orejuela para poder liberarlo. El nuevo Watchman FLX es un dispositivo más versátil, que permite esta posibilidad³.

Por otro lado, creemos que hacer una tomografía computarizada cardíaca a este tipo de pacientes tiene un valor añadido, ya que permite determinar la viabilidad anatómica del procedimiento. La tomografía permite precisar la localización y el tamaño del trombo, da información precisa sobre la morfología de la orejuela (identificando anatomías complejas), la profundidad y el número y el tamaño de los lóbulos. A su vez, facilita calcular el ángulo entre el *ostium* y el cuerpo de la orejuela, que puede limitar la profundidad «real» donde asentar el dispositivo⁴. El operador deberá integrar toda esta información y optimizar el implante, para así minimizar el riesgo embólico.

El CPOI se ha desarrollado como alternativa a la anticoagulación oral en la prevención del ictus isquémico en pacientes con fibrilación auricular; este hecho adquiere más relevancia en pacientes que han sufrido ya uno o varios ictus, como es el caso

de la serie de Fontenla et al. Aunque estamos de acuerdo con los autores en que los dispositivos de protección embólica son sistemas que, a día de hoy, carecen de evidencia científica sólida en este contexto, la facilidad para colocarlos y el poco tiempo que consumen hacen que su uso este cada vez más extendido⁵. Creemos que antes del procedimiento debe realizarse una cuidadosa valoración del riesgo embólico, y en caso de que no se pueda garantizar la seguridad del procedimiento, nuestro grupo recomienda este tipo de dispositivos a pesar de la falta de evidencia.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del manuscrito: F. Torres-Saura; redacción del manuscrito: F. Torres-Saura, E. Arroyo-Úcar; revisión crítica: I. Cruz-González, E. R. Centurión-Inda.

CONFLICTO DE INTERESES

I. Cruz-González es *proctor* de Boston, Abbott y Lifetech.

Francisco Torres-Saura^{a,b,*}, Ignacio Cruz-González^c, Ernesto Raúl Centurión-Inda^b y Eduardo Arroyo-Úcar^{a,b}

^aUnidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario de Vinalopó, Elche, Alicante, España

^bUnidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España

^cUnidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: ftorressaura@gmail.com (F. Torres-Saura).

BIBLIOGRAFÍA

- Fontenla A, Gómez-Blázquez I, Corros-Vicente C, et al. Cierre percutáneo de la orejuela izquierda en presencia de trombo: experiencia de un centro. *Rev Esp Cardiol*. 2021. <http://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.03.008>.
- López-Mínguez JR, Nogales-Asensio JM, Infante De Oliveira E, et al. Reducción de eventos a largo plazo tras el cierre de la orejuela izquierda Resultados del Registro Ibérico II. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:449–455.
- Torres-Saura F, Cruz-González I, Pérez-Berbel P, et al. Left atrial appendage closure with the use of a WATCHMAN FLX device in a patient with persistent left atrial appendage thrombus. *Can J Cardiol*. 2020;36:968.e5–968.e7.
- Korsholm K, Berti S, Iriart X, et al. Expert recommendations on cardiac computed tomography for planning transcatheter left atrial appendage occlusion. *J Am Coll Cardiol Interv*. 2020;13277–13292.
- Bocuzzi GG, Montabone A, D'Ascenzo F, et al. Cerebral protection in left atrial appendage closure in the presence of appendage thrombosis. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2021;97:511–515.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.05.010>

0300-8932/ © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.03.008>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.002>