



Revista Española de Cardiología



5006-9. DISPOSITIVOS FENESTRADOS DE FABRICACIÓN PROPIA PARA EL CIERRE DE DEFECTOS CARDIACOS CONGÉNITOS. SERIE DE CASOS

Ariana González García¹, César Abelleira Pardeiro¹, Santiago Jiménez Valero¹, Enrique Balbacid Domingo¹, Guillermo Galeote García¹, Alfonso Jurado Román¹, Daniel Tébar Márquez¹, Borja Rivero Santana¹, José Ruiz Cantador¹, Pablo Merás Colunga¹, Regina Dalmau González-Gallarza¹, Ángel García García², Rosa González Davia³, Federico Gutiérrez Larraya¹ y José Raúl Moreno Gómez¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid), España y ³Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre total de defectos intracardiacos congénitos (DIC) puede ser perjudicial si existe hipertensión pulmonar (HTP) o disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DDVI). En esos casos, el cierre parcial (CP) mantiene una comunicación restrictiva que puede aliviar la sobrecarga de volumen y previene una elevación súbita de presiones. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos de CP de DIC con dispositivos fenestrados de fabricación propia (DFFP) mediante un *stent*.

Métodos: Estudio de serie de casos unicéntrico de pacientes con CP percutáneo de DIC con DFFP.

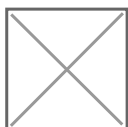
Resultados: Paciente 1: mujer de 66 años con comunicación interauricular (CIA) con sobrecarga del ventrículo derecho y deterioro de la clase funcional. En el cateterismo derecho (CD) se objetivó una presión de la arteria pulmonar (PAP) media de 28 mmHg y presión capilar pulmonar (PCP) de 14 mmHg. Se decidió CP fenestrado. Se seleccionó un dispositivo de cierre de CIA de 24 mm. Mediante aguja radial se atravesaron ambos discos y se avanzó una guía de 0,0014 (1A). Se dilató con dilatador de 6 French (1B) y se predilató con balones de alta presión (1C) para crear la fenestración (1D). Se implantó el dispositivo mediante técnica habitual (1E) y se liberó un *stent* vascular de 9 × 25 mm a través del dispositivo (1F). A los 3 meses la paciente está asintomática y con DFFP estable y permeable (1H). Paciente 2: Niña de 3 años con ductus arterioso persistente (DAP) con disnea y cianosis con el ejercicio e HTP grave bajo tratamiento con taldafilo y macitentan. Tras CD se demostró descenso de PAP e incremento de Qp/Qs, por lo que se decide CP del DAP con DFFP. Se selecciona dispositivo de comunicación interventricular muscular de 14 mm y se realiza fenestración con un *stent* coronario de 4,5 × 18 mm según la técnica explicada previamente. A los 3 meses, la paciente está en clase funcional I de la NYHA y el DFFP está estable y permeable con una PAP sistólica estimada de 45 mmHg.

Características pacientes

	Paciente 1	Paciente 2
Sexo	Mujer	Mujer

Edad (años)	66	3
Defecto intracardiaco	CIA	DAP
Patología asociada	DDVI	HTP
	Qp/Qs 2,1	Qp/Qs 1,2
	PAP 46/20 - 28 mmHg	PAP 72/33 - 52 mmHg
Cateterismo derecho basal	RVP 1,9 UW	RVP 10 UW.m ²
	PCP 14 mmHg (22 tras test de sobrecarga salina)	PCP 7 mmHg
		Tras macitentan y tadalafil:
		Qp/Qs 2,1
		PAP 60/41 - 51 mmHg
		RVP 6 UW.m ²
Dispositivo de cierre	ASD occluder 24 mm	Muscular VSD occluder 14 mm
Fenestración	Stent vascular 9 × 25 mm	Stent coronario 4,5 × 18 mm
Antiagregación	AAS + clopidogrel	AAS

CIA: comunicación interauricular; DAP: ductus arterioso persistente; DDVI: disfunción diastólica de ventrículo izquierdo; HTP: hipertensión pulmonar; PAP: presión arterial pulmonar; RVP: resistencia vascular pulmonar; PCP: presión capilar pulmonar; ASD: *atrial septal defect*; VSD: *ventricular septal defect*; AAS: ácido acetilsalicílico.



Técnica de fenestración sobre dispositivo de cierre de comunicación interauricular.

Conclusiones: El CP de DIC con DFFP es una opción factible y segura que se puede realizar en el laboratorio de hemodinámica. La opción de fenestración con *stent* permite mantener la fenestración

permeable a largo plazo a diferencia de otras técnicas, pudiéndose cerrar percutáneamente en el futuro en caso de ser necesario.