



6036-312. CIERRE PERCUTÁNEO DE FUGAS PERIDISPOSITIVO OCLUSOR DE OREJUELA IZQUIERDA WATCHMAN. NUEVOS RETOS TERAPÉUTICOS

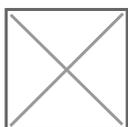
Francisco Torres Saura¹, Armando Pérez de Prado², Manuela Romero Vazquiáñez¹, Carmen Garrote Coloma², Eduardo Arroyo Úcar¹, Tomás Benito González², Derek Dau Villareal³, María López Benito², Patricio Pérez Berbel¹, Ernesto Raúl Centurión Inda³, Natalia Amores González¹, Manuel Cristian García Serrano¹, José Martínez Crespo¹, Francisco Javier Costa Victorio¹ y Carlos de Diego Rus³, del ¹Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche (Alicante), ²Complejo Asistencial Universitario de León, León y ³Hospital de Torrevieja, Torrevieja (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) constituye una alternativa a la anticoagulación oral (ACO) en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y alto riesgo de sangrado. No está claro el abordaje de aquellos pacientes que siendo sometidos a un CPOI presentan un fuga peridispositivo superior a 5 mm. Unos opinan que debemos ACO y esperar a que sellen, otros que es adecuado el cierre de los mismos de forma percutánea.

Métodos: Presentamos 2 casos clínicos donde se demuestra la seguridad y eficacia del cierre percutáneo.

Resultados: Caso 1: varón 85 años, FANV permanente. Hemorragia digestiva baja y *shock* hipovolémico en 2008. Ictus hemorrágico con restitución *ad integrum* en 2014. $CHA_2DS_2-VASc = 6$ y $HAS-BLED = 5$. Implante de Watchman 24 mm en 2015 con buenos datos de compresión y presencia de fuga 3 mm anterosuperior. En 2017 ictus isquémico en territorio frontal. La ecocardiografía transesofágica confirma existencia de 2 fugas significativas > 5 mm (figura 1 A y C). A través de acceso venoso femoral derecho y punción transeptal ecoguiada colocamos vaina Agilis 8,5F Medium Curl (Abbott) en aurícula izquierda. A través del mismo, catéter guía MP 5F (Medtronic) + guía hidrofílica recta 0,035" (Terumo) con cruce de ambos defectos y liberación exitosa de sendos dispositivos *vascular plug II* de 12 mm (Abbot). (fig. 1 D-G). Caso 2: varón 72 años, FANV paroxística, $CHA_2DS_2-VASc = 3$ y $HAS-BLED = 3$. Malformación arteriovenosa cerebral. Se implanta dispositivo Watchman de 21 mm con buenos datos de compresión. Intraprocedimiento y en ecos de control se aprecia fuga anterosuperior > 5 mm (figura 2 A y B). A través de acceso venoso femoral derecho y con punción transeptal ecoguiada se introduce vaina Agilis 8,5F Medium Curl (Abbott) en aurícula izquierda. Con guía hidrofílica recta 0,035" (Terumo) no conseguimos apoyo suficiente para cruzar el defecto, optándose por usar guía de angioplastia 0,014" Sion (Asahi), y sobre esta un Glidecath 150 cm MP 4F (Terumo) + microcatéter Finecross (Terumo) a modo *mother and child*, con cruce y liberación de dispositivo *vascular plug II* (Abbot) de 8 mm (figura 2 C-F).



Cierre percutáneo de fugas sobre dispositivo Watchman. A propósito de 2 casos.

Conclusiones: Presentamos 2 casos donde el cierre percutáneo de varias fugas peridispositivo Watchman han sido seguros y eficaces. Los dispositivos de periférico *vascular plug* (Abbott) ofrecen diferentes alternativas para el cierre de los mismos.