



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.