

Tabla

Características de los 5 pacientes en quienes se detectó fibrilación auricular. Se detallan las variables de la puntuación CHA₂DS₂-VASc y las características de los episodios detectados

Caso	Edad	Sexo	HTA	DM	AVC previo	IC	Enfermedad vascular	CHA ₂ DS ₂ -VASc	Episodios detectados	Duración máxima (min)	Tiempo AVC-detección (meses)
1	80	V	Sí	Sí	Sí	No	No	6	3	4	5
2	69	V	Sí	No	Sí	No	No	4	1	10	10
3	67	V	Sí	No	Sí	No	Sí	5	1	6	1
4	79	M	Sí	No	Sí	No	No	6	13	32	3
5	73	M	Sí	No	Sí	No	No	5	2	14	10

AVC: accidente cerebrovascular; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca o fracción de eyección < 40%; M: mujer; V: varón.

El rendimiento del Holter implantable con esta indicación se está evaluando en dos estudios aleatorizados, CRYPTONITE y CRISTAL AF. Ambos son estudios prospectivos y multicéntricos, en los que se implanta un dispositivo Holter subcutáneo a pacientes que han sufrido recientemente un ictus y cuyo estudio etiológico completo resulta negativo. Hasta el momento sólo se ha publicado un trabajo de similares características³. En ese estudio se implantó un dispositivo Reveal Plus[®] 9526 (Medtronic Inc., Minneapolis, Estados Unidos) a 24 pacientes con esta enfermedad. Tras un seguimiento medio de 14,5 meses, en ningún paciente se detectó FA. La limitación principal del estudio es el dispositivo utilizado, que para detectar FA requiere 32 latidos consecutivos a una frecuencia > 165 lpm, por lo que se pudo no identificar algunos episodios de FA.

En espera de los estudios en curso, nuestro trabajo indica que el Holter implantable con algoritmo de detección de FA es una herramienta que tener en cuenta en el estudio etiológico del ACV criptogénico. No obstante, dadas la ausencia de grupo control en nuestra serie y la elevada prevalencia de FA en pacientes de este perfil, no es posible establecer una relación de causalidad, aunque sí iniciar un tratamiento anticoagulante adecuado.

Jordi Mercé^{a,*}, Miriam Garcia^a, Xavier Ustrell^b, Anna Pellisé^b, Ramón de Castro^a y Alfredo Bardají^a

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

^bServicio de Neurología, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jmerce@gmail.com (J. Mercé).

On-line el 17 de abril de 2013

BIBLIOGRAFÍA

- Hindricks G, Pokushalov E, Urban L, Taborsky M, Kuck KH, Lebedev D, et al; XPECT Trial Investigators. Performance of a new leadless implantable cardiac monitor in detecting and quantifying atrial fibrillation: Results of the XPECT trial. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2010;3:141-7.
- Ustrell X, Pellisé A. Cardiac workup of ischemic stroke. *Curr Cardiol Rev*. 2010;6:175-83.
- Dion F, Saudeau D, Bonnaud I, Friocourt P, Bonneau A, Poret P, et al. Unexpected low prevalence of atrial fibrillation in cryptogenic ischemic stroke: a prospective study. *J Interv Card Electrophysiol*. 2010;28:101-7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.02.002>

Implantación transfemoral directa de válvula aórtica en paciente con prótesis mitral previa**Direct Transfemoral Aortic Valve Implantation in a Patient With a Mechanical Mitral Prosthesis****Sra. Editora:**

La implantación percutánea de prótesis valvular aórtica (IPPVA) en pacientes con prótesis mitral mecánica supone un desafío, por la posible infraexpansión de la prótesis, el riesgo de embolización y la interferencia con los discos protésicos mitrales.

La predilatación con balón de la válvula estenótica se consideraba un paso imprescindible para la preparación de la válvula en los procedimientos de IPPVA. Sin embargo, publicaciones recientes han demostrado la seguridad y la eficacia del implante directo sin valvuloplastia previa, lo que además permitiría simplificar el procedimiento y podría relacionarse con una mayor estabilidad de la prótesis durante la liberación y menor tasa de complicaciones embólicas cerebrales^{1,2}.

Se presenta el caso clínico de una paciente con estenosis aórtica grave y prótesis mitral mecánica, a la que se realizó implantación transfemoral directa de prótesis valvular aórtica Edwards-SAPIEN XT. Se trata de una mujer de 81 años, portadora de prótesis mitral Edwards-Mira 27, que ingresó en nuestro centro por disnea. El ecocardiograma transesofágico mostró una válvula aórtica

tricuspidé moderadamente calcificada, con apertura simétrica y área valvular de 0,7 cm². La tomografía computarizada objetivó un eje iliofemoral de buen calibre, con una distancia entre el anillo aórtico y la válvula mitral > 7 mm (figs. 1 A y B). Se realizó una coronariografía que mostró enfermedad grave de la descendente anterior, tratada con dos *stents* solapados, y una aortografía que descartó insuficiencia aórtica significativa (fig. 2A, vídeo 1).

Se decidió implantar una prótesis Edwards-SAPIEN XT de 23 mm sin valvuloplastia previa, con buena expansión de la prótesis comprobada por escopia (fig. 2B, vídeo 2) y ecocardiograma transesofágico; sin insuficiencia perivalvular tras el implante (fig. 2C, vídeo 3) ni interferencia con la prótesis mitral (fig. 2D). Antes del alta, se realizó una tomografía computarizada que comprobó la adecuada posición de ambas prótesis (figs. 1C y D).

La presencia de prótesis mitral se consideró inicialmente una contraindicación formal para la implantación transcáteter de válvula aórtica, y se excluyó a estos pacientes del estudio PARTNER (*Placement of AoRTic TraNscathetER valves*). Se consideraba que la rigidez del anillo mitral y la reducción del espacio en el plano mitroaórtico podían impedir la expansión adecuada de la prótesis, favorecer la embolización e incrementar el riesgo de infraexpansión y mal funcionamiento por interferencia con los discos mitrales. Rodés-Cabau et al fueron los primeros en publicar el implante transapical de una prótesis Edwards-SAPIEN en presencia de prótesis mitral mecánica³. Posteriormente se publicaron casos aislados, la mayoría de ellos por vía transapical, pues se consideró

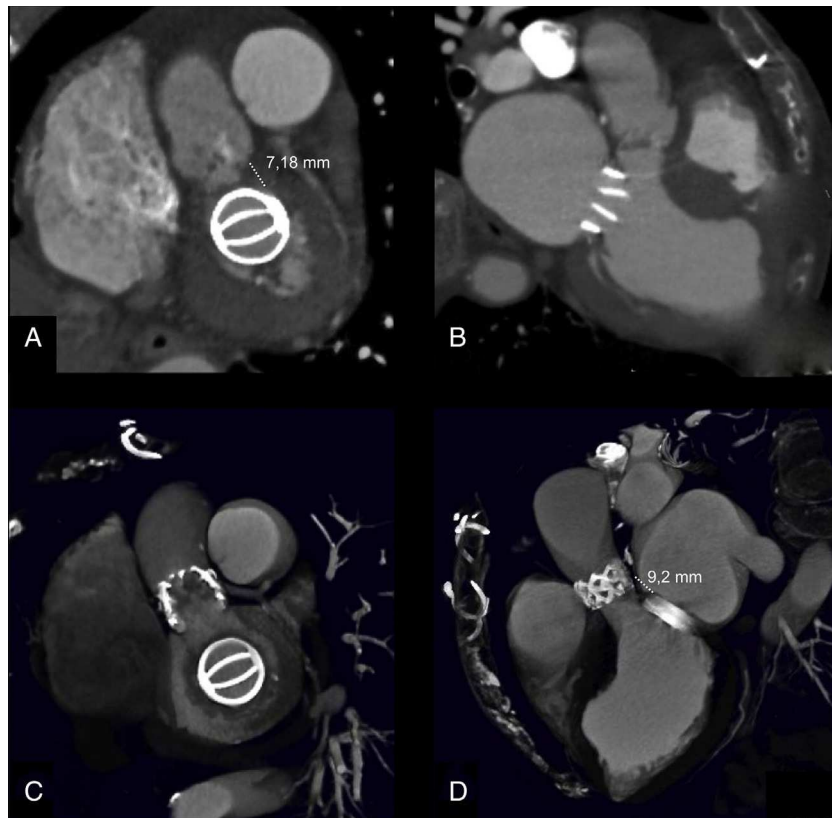


Figura 1. Imágenes de tomografía computarizada previa al implante (A y B) y tras él (C y D).

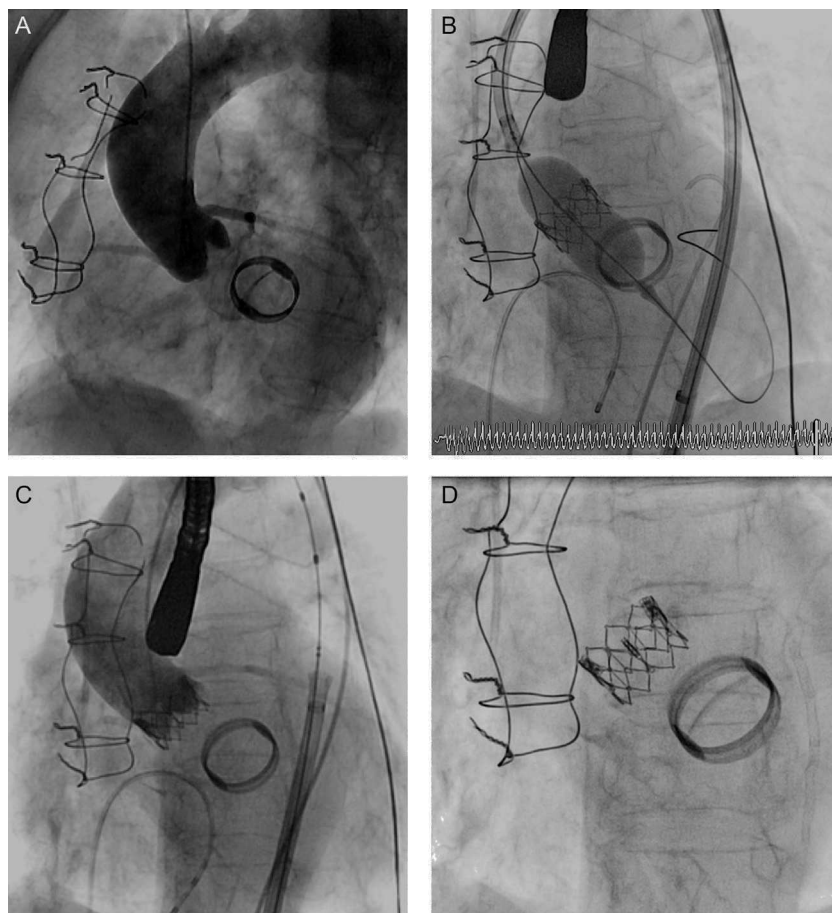


Figura 2. A: aortografía previa al implante. B: liberación de la prótesis. C: aortografía final. D: relación anatómica entre las prótesis.

que a través de esa vía había mayor estabilidad en la liberación de la prótesis⁴. Los primeros casos de IPPVA transfemoral en pacientes con prótesis mitral se realizaron con prótesis CoreValve, y se comprobó que no había deformación del esqueleto de nitinol de la válvula ni interferencia con los discos mitrales⁵. García et al publicaron los primeros 3 casos de implantación transfemoral de prótesis aórtica Edwards-SAPIEN XT en tres mujeres portadoras de prótesis mitral mecánica ATS 29 y St. Jude⁶. Los autores recomendaban un estudio exhaustivo de los pacientes antes del procedimiento, con especial interés en las características de la prótesis mitral y su perfil, pues consideraban que debía haber distancia suficiente entre el límite inferior del anillo y el borde superior de la prótesis mitral. Esta distancia no está estipulada, aunque se considera recomendable que supere los 3 mm por vía transapical y 7 mm en los implantes transfemorales⁶.

Por otra parte, parece que la IPPVA directa sin valvuloplastia previa presenta algunas ventajas, como menor riesgo de ictus, mayor estabilidad en la liberación de la prótesis y menor insuficiencia aórtica perivalvular, si bien no existen estudios aleatorizados que comparen ambas técnicas^{1,2}. Bajo nuestro conocimiento, este es el primer caso publicado de IPPVA directa en presencia de prótesis mitral mecánica.

Para garantizar el éxito en este tipo de procedimientos es conveniente realizar una selección cuidadosa de los pacientes considerando el implante directo si la apertura de la válvula es aceptable y simétrica, sin calcificación importante de los velos y sin excesiva fusión de las comisuras. Además, se recomienda realizar una colocación rápida de la prótesis a nivel del anillo para disminuir el tiempo de obstrucción al flujo y conseguir mayor estabilidad hemodinámica; el inflado se inicia lentamente para rectificar, si fuera necesario, cualquier movimiento indeseado de la prótesis.

Este caso ilustra que el implante de una IPPVA sin predilatación en presencia de una prótesis mecánica mitral es factible y seguro y puede aportar ventajas respecto al método convencional. Son necesarios estudios futuros que comparen las dos técnicas de implante con los diferentes modelos de prótesis percutáneas.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.02.010>.

Leire Unzué*, Eulogio García, Leticia Fernández-Friera, Ana Alegría-Barrero, Juan Medina-Peralta y F. José Rodríguez-Rodrigo

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Montepríncipe, Madrid, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: leireunzue@yahoo.es (L. Unzué).

On-line el 25 de mayo de 2013

BIBLIOGRAFÍA

- García E, Hernández-Antolín R, Martín P, Rodríguez JC, Almería C, Cuadrado AM. Implantación de prótesis aórtica Edwards-SAPIEN XT transfemoral sin valvuloplastia previa. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:150-1.
- Grube E, Naber C, Abizaid A, Sousa E, Mendiz O, Lemos P, et al. Feasibility of transcatheter aortic valve implantation without balloon pre-dilation: a pilot study. *JACC Cardiovasc Interv*. 2011;4:751-7.
- Rodes-Cabau J, Dumont E, Miro S. Apical aortic valve implantation in a patient with a mechanical valve prosthesis in mitral position. *Cir Cardiovasc Intervent*. 2008;1:233.
- Soon JL, Ye J, Lichtenstein SV, Wood D, Webb JG, Cheung A. Transapical transcatheter aortic valve implantation in the presence of a mitral prosthesis. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:715-21.
- Bruschi G, De Marco F, Oreglia J, Colombo P, Fratto P, Lullo F, et al. Percutaneous implantation of CoreValve aortic prostheses in patients with a mechanical mitral valve. *Ann Thorac Surg*. 2009;88:e50-2.
- García E, Albarrán A, Heredia-Mantrana J, Guerrero-Pinedo F, Rodríguez J, Hernández-Antolín R, et al. Implantación transfemoral de prótesis valvular aórtica en pacientes portadores de prótesis mitral mecánica. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:1052-5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.02.010>

Dronedarona: una opción en el tratamiento de las arritmias ventriculares

Dronedarone: An Option in the Treatment of Ventricular Arrhythmias

Sra. Editora:

El manejo de las arritmias ventriculares es complejo y a menudo se requiere el implante de un desfibrilador automático (DAI). Sin embargo, los fármacos antiarrítmicos (FAA) siguen siendo relevantes, tanto como indicación primaria como para reducir terapias del dispositivo en pacientes portadores de DAI. A pesar de ello, frecuentemente los pacientes presentan contraindicaciones que limitan los FAA a unos pocos como la amiodarona. La dronedarona es un FAA que se ha demostrado eficaz para el control de arritmias auriculares y que podría tener también un papel en pacientes con arritmias ventriculares recurrentes en los que otros fármacos no son adecuados; sin embargo, la información sobre su eficacia en este contexto clínico es escasa. Se describe el uso de dronedarona en 3 pacientes con arritmias ventriculares sin respuesta y/o intolerancia a otros FAA.

El primer paciente es un varón de 53 años, hipertenso, con extrasistolia ventricular monomórfica de alta densidad desde el año 2007, sin cardiopatía estructural y con fracaso del tratamiento con atenolol y sotalol. En febrero de 2010, ingresó tras presentar

síncope, y se documentó una taquicardia ventricular monomórfica no sostenida. Se realizó estudio electrofisiológico induciéndose una taquicardia ventricular monomórfica sostenida (TVMS) similar a la clínica, además de otras dos morfologías; la cartografía endocárdica y epicárdica localizó el sustrato arritmogénico en la región superolateral del anillo mitral. La aplicación de radiofrecuencia no fue eficaz, por lo que se sospechó un circuito intramiocárdico. La resonancia magnética cardiaca mostró una cicatriz en la región anterolateral del ventrículo izquierdo. Se implantó un DAI y se inició tratamiento con flecainida. En los seguimientos posteriores presentó múltiples episodios de TVMS y recibió choques del DAI (figs. 1 y 2). Se decidió sustituir la flecainida por dronedarona 400 mg cada 12 h y evitar la amiodarona por sus efectos secundarios. Desde entonces y hasta su último control, 14 meses después, se ha evidenciado una reducción de la carga arrítmica y el paciente no ha vuelto a sufrir descargas del DAI ni episodios de TVMS, salvo dos que suprimió la primera terapia de estimulación antitaquicárdica.

El segundo caso es el de un varón de 64 años, hipertenso, en seguimiento en otro centro desde el año 2006 por taquicardia ventricular sin cardiopatía estructural aparente, con tres intentos fallidos de ablación e implante de un DAI en 2007. Inicialmente recibió metoprolol y luego sotalol con descargas múltiples del DAI. En 2009 inició amiodarona y atenolol, con lo que disminuyeron los episodios. Ingresó en diciembre de 2011 en dos ocasiones por descargas múltiples del dispositivo desencadenadas por TVMS.