

## Reparación percutánea simultánea en la insuficiencia mitral y tricuspídea: paso a paso. Respuesta



### Simultaneous percutaneous repair in mitral and tricuspid regurgitation: step by step. Response

#### Sr. Editor:

En primer lugar, nos gustaría agradecer a Sánchez Vega et al. el interés mostrado por nuestro reciente artículo. El campo del intervencionismo combinado de insuficiencia mitral y tricuspídea (IT) está en sus fases iniciales y todavía la evidencia científica no es sólida, por lo que es lógico que surjan dudas ante intervenciones tan complejas. Sin embargo, algunos argumentos apoyan la reparación combinada en casos seleccionados. Se ha observado que la presencia de IT grave en el momento de la reparación mitral se asocia con peor pronóstico, incluso a corto plazo<sup>1,2</sup>. Asimismo, aunque se teoriza una reducción significativa de la IT tras la reparación mitral, esto se produce solamente en un 15–40%<sup>3</sup>. Es por ello que hay un grupo numeroso de pacientes que están sujetos a la posibilidad de deterioro clínico por su IT residual. Factores como la dilatación anular, el grado de IT, la presencia de dilatación y disfunción derecha o que ya se hayan presentado síntomas congestivos pueden indicar que la IT no vaya a mejorar y, por lo tanto, hay riesgo de eventos adversos en el seguimiento. Una vez decidido que tiene sentido tratar las 2 válvulas, creemos que el tratamiento combinado presenta ventajas. Es seguro y factible, disminuye la duración respecto a realizarlo en 2 procedimientos diferidos y los riesgos asociados con un nuevo acceso vascular, un nuevo ingreso y otra anestesia general en pacientes que ya de por sí

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.08.008>,

están en alto riesgo. Sería ideal disponer de estudios aleatorizados pero, dada la heterogeneidad de esta afección, es posible que ninguno ofrezca una respuesta definitiva. Mientras tanto, el juicio clínico y las posibilidades del equipo intervencionista deben guiar nuestras actitudes.

Rodrigo Estévez-Loureiro\*, Berenice Caneiro-Queija,  
 José Antonio Baz y Andrés Íñiguez-Romo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [roiestevz@hotmail.com](mailto:roiestevz@hotmail.com) (R. Estévez-Loureiro).

On-line el 24 de septiembre de 2020

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Kalbacher D, Schäfer U, von Bardeleben RS, et al. Impact of tricuspid valve regurgitation in surgical high-risk patients undergoing MitraClip implantation: results from the TRAMI registry. *EuroIntervention*. 2017;12:e1809–e1816.
2. Ohno Y, Attizzani GF, Capodanno D, et al. Association of tricuspid regurgitation with clinical and echocardiographic outcomes after percutaneous mitral valve repair with the MitraClip System: 30-day and 12-month follow-up from the GRASP Registry. *Eur Heart J Cardiovasc Imag*. 2014;15:1246–1255.
3. Frangieh AH, Gruner C, Mikulicic F, et al. Impact of percutaneous mitral valve repair using the MitraClip system on tricuspid regurgitation. *EuroIntervention*. 2016;11:e1680–e1686.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.001>  
 0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Protrombosis en tiempos de la COVID-19



### Prothrombosis in times of COVID-19

#### Sr. Editor:

Leímos con especial interés el artículo de Rey et al.<sup>1</sup>, recientemente publicado en *Revista Española de Cardiología*, sobre un caso de síndrome coronario agudo (SCA) con trombosis simultánea en 2 arterias coronarias en el contexto de enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19). Se presenta un caso de similares características. Se trata de un varón de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, exfumador con un índice de 30 paquetes al año, enfermedad pulmonar obstructiva crónica *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) 2 A y sin historia de cardiopatía conocida, que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de días de evolución de disnea junto con dolor torácico opresivo desde el inicio del cuadro, que a su llegada había desaparecido por completo, y ortopnea junto con tos seca en los últimos días.

En el electrocardiograma se observó un bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) de nueva aparición que no cumplía criterios de Sgarbossa, pero había elevación de los marcadores de daño miocárdico (troponina T ultrasensible, 220 ng/l con una dinámica compatible con SCA, con la curva a las 3 h de 333 ng/l). Por otro lado, se realizó una ecoscopia a pie de cama que mostró

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.05.004>,

disfunción grave del ventrículo izquierdo con acinesia de los segmentos anteriores, laterales y posteriores, hipocinesia inferior y asincronía de la contractilidad por el BRIHH. Por último, se practicó una radiografía de tórax con un patrón intersticial e infiltrados alveolares bilaterales, compatible con infección por COVID-19 (figura 1). Se realizaron 2 PCR para COVID-19, y ambas resultaron negativas.

Se ingresó al paciente en la unidad de cuidados intensivos y se inició tratamiento médico del SCA junto con tratamiento diurético, vasodilatador e inotrópico; se realizó una coronariografía, que demostró una lesión grave en la obtusa marginal, que se revascularizó con un *stent* farmacoactivo.

Ya en planta, se realizó un ecocardiograma reglado que mostró una disfunción sistólica grave por hipocinesia general con marcada asincronía (FEVI del 29% Simpson Biplano), sin otros hallazgos de interés. *A posteriori* se realizó una cardiorensonancia magnética, en cuyas secuencias de realce tardío llamaron la atención 2 focos de realce tardío transmural: en el eje corto, en los segmentos medio anterolateral e inferior medio y en el eje largo de 2 cámaras, en los segmentos anterior basal e inferior medio, lo que sería compatible con infartos agudos simultáneos, ya que en las secuencias de edema se demostraba infarto en dichas regiones (figura 2).

Tras la estabilización del cuadro, se decidió el alta al domicilio con tratamiento médico para el SCA y para la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida.

Posteriormente fue visto en consultas de insuficiencia cardiaca de nuestro centro, donde ha permanecido cardiovascularmente asintomático y ha recuperado parcialmente la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (40%) tras la desaparición del BRIHH.