

## Cierre percutáneo de la orejuela izquierda en presencia de trombo: cuanto más seguro, mejor. Respuesta



### *Percutaneous left atrial appendage closure in the presence of thrombus: the safer, the better. Response*

#### Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de Torres-Saura et al., que sin duda permitirán comprender mejor nuestro artículo<sup>1</sup>. Comenzando con la descripción de la técnica, en nuestro artículo indicamos que «no se introdujo ningún material en el interior de la orejuela (guías, vainas...), lo que necesariamente conlleva iniciar el despliegue del dispositivo fuera de la orejuela y avanzarlo así parcialmente liberado desde el *ostium*, como puede observarse en los paneles D y E de la figura<sup>1</sup>.

Respecto a la tomografía computarizada, coincidimos en el valor añadido que puede aportar al procedimiento, el cual depende de la disponibilidad de la técnica, la experiencia de los radiólogos y la existencia de protocolos estandarizados de adquisición e interpretación de las imágenes; todo ello sin olvidar que la técnica de imagen de referencia en el cierre de orejuela es la ecografía transesofágica, según el Consenso de Expertos que mencionan los autores. Nuestro grupo tiene la suerte de contar con excelentes ecocardiografistas altamente experimentados, cuyo incuestionable apoyo, a menudo no suficientemente reconocido, resulta esencial para culminar con éxito estas intervenciones.

Cuanto más seguro, mejor. Ni nosotros ni nadie puede poner en cuestión esta afirmación. Lo que sí cuestiona la comunidad científica es si los dispositivos de protección cerebral incrementan la seguridad, ya que ninguno de los 5 ensayos aleatorizados publicados ha demostrado reducción de ictus o de mortalidad<sup>2</sup>. Más allá de las dudas sobre el beneficio que puedan aportar, y obviando la necesidad de un acceso arterial adicional en pacientes frágiles como los nuestros, cabe destacar que la aplicabilidad de estos dispositivos está limitada por la presencia de anatomías inadecuadas para los filtros hasta en el 40% de los pacientes<sup>3</sup>, como fue el caso de la paciente 5 de nuestra serie. Sin descartar que estos dispositivos o sus futuros diseños acaben demostrando tener un papel en este contexto, actualmente aplicamos el aforismo de Leonardo da Vinci: «La simplicidad es la máxima sofisticación».

#### FINANCIACIÓN

Ninguna.

#### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Redacción del manuscrito: A. Fontenla. Análisis crítico: I. Gómez-Blázquez, C. Corros-Vicente. Aprobación final: F. Arribas-Ynsaurriaga.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

Adolfo Fontenla<sup>a,\*</sup>, Iván Gómez-Blázquez<sup>b</sup>, Cecilia Corros-Vicente<sup>c</sup> y Fernando Arribas-Ynsaurriaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>c</sup>Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [drfontenla@gmail.com](mailto:drfontenla@gmail.com) (A. Fontenla).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Fontenla A, Gómez-Blázquez I, Corros-Vicente C, et al. Cierre percutáneo de la orejuela izquierda en presencia de trombo: experiencia de un centro. *Rev Esp Cardiol*. 2021. <http://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.03.008>.
2. Kapadia SR, Kodali S, Makkar R, et al. Protection against cerebral embolism during transcatheter aortic valve replacement. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69:367–377.
3. Voss S, Schechtel J, Nöbauer C, Bleiziffer S, Lange R. Patient eligibility for application of a two-filter cerebral embolic protection device during transcatheter aortic valve implantation: does one size fit all? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2020;30:605–612.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.002>

0300-8932/ © 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.