Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1030

Revista Española de Cardiología

6050-10. PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES, GUÍA INTRAPROCEDIMIENTO Y VALORACIÓN DE RESULTADOS DE REPARACIÓN MITRAL VÍA APICAL CON SISTEMA HARPOON TM

Laura Vidal Bonet[1], Pere Pericas Ramis[1] y Andrzej Gackowski[2]

[1]Hospital Son Espases, Palma de Mallorca y [2]John Paul II Hospital Jagiellonian University Medical College, Krakow.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe una nueva técnica de reparación mitral (RM) vía apical sin parada cardiaca ni circulación extracorpórea, con implante de neocuerdas mediante sistema arpón, indicada en pacientes con insuficiencia mitral (IM) aislada por mecanismo II de Carpentier en P2, sin dilatación anular, calcificación ni infección activa. Detallamos nuestra experiencia, como único centro en España, mediante ecocardiografía transesofágica (ETE), en la selección del paciente, soporte durante el implante de neocuerdas y valoración del resultado.

Métodos: El protocolo por ETE consta de: Selección de paciente: ETE 2D y 3D. Debe confirmarse la gravedad, el mecanismo tipo II en P2 aislado. La predicción de una buena coaptación final se basa en el concepto de “tissue to gap ratio" que es la relación entre la longitud del velo posterior (VP) y la longitud del gap (distancia desde el velo anterior hasta el anillo posterior en sístole), teniendo que ser 2: 1. El anillo mitral no debe estar dilatado. Se debe comprobar que no haya más lesiones tributarias de cirugía. Soporte al procedimiento: Mediante ecocardiograma transtorácico se localiza el punto de entrada al ápex de ventrículo izquierdo (VI), la posición de la válvula aórtica y del septo interventricular. Mediante modo multiplano a nivel plano bicomisural (60°) y tracto de salida VI (150°) de decide el número de cuerdas y el lugar preciso de implante según el tamaño del prolapso de P2. Seguidamente se guía el tránsito del dispositivo desde el ápex y hasta el lugar preciso del VP donde se ha decidido el implante de las neocuerdas que se fijan al velo con un sistema tipo arpón. Finalmente se ajusta la tensión. Valoración del resultado: Se evalúa la gravedad, el mecanismo y la localización de la IM residual, así como el gradiente medio transmitral. Se revisan el resto de estructuras.

Resultados: Nuestra experiencia consta de 2 pacientes, (20 en Europa) mujeres, de 45 años, con IM grave por prolapso aislado de P2, anillo 35-37 mm y FVI conservada. Se implantaron 4-5 neocuerdas, anillo post 30-34 mm, IM residual trivial, y gradiente medio 1 mmHg.

Conclusiones: La correcta selección del paciente es esencial para obtener un buen resultado. El ETE es imprescindible a la hora planear, guiar el implante y valorar el resultado, siendo fundamental una buena comunicación entre cirujano y ecocardiografista.