

Imagen en cardiología

Implante de MitraClip en vena cava inferior muy tortuosa

MitraClip implantation in a severely tortuous inferior vena cava

Faraj Kargoli*, Sharon Bruoha y Azeem Latib

Department of Cardiology, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, Bronx, Nueva York, Estados Unidos

Recibido el 29 de abril de 2021; Aceptado el 7 de mayo de 2021

On-line el 15 de julio de 2021

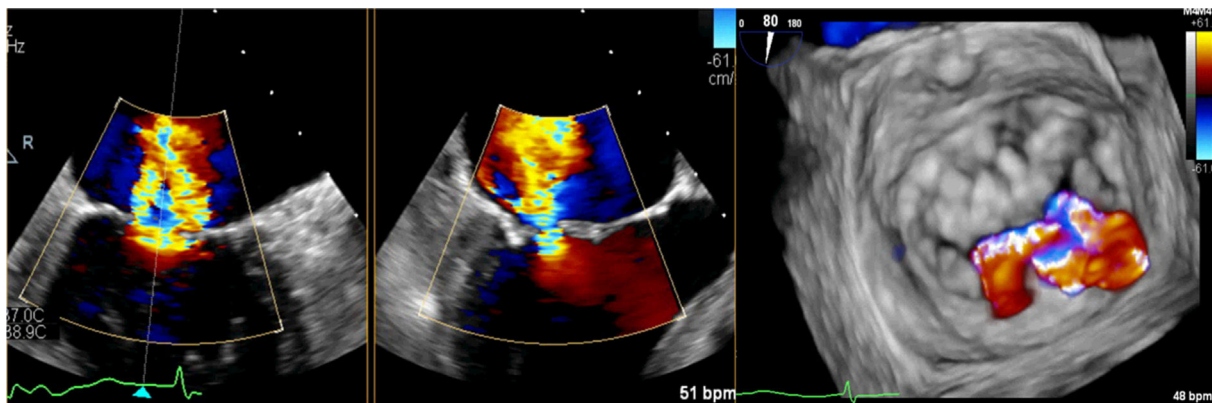


Figura 1.

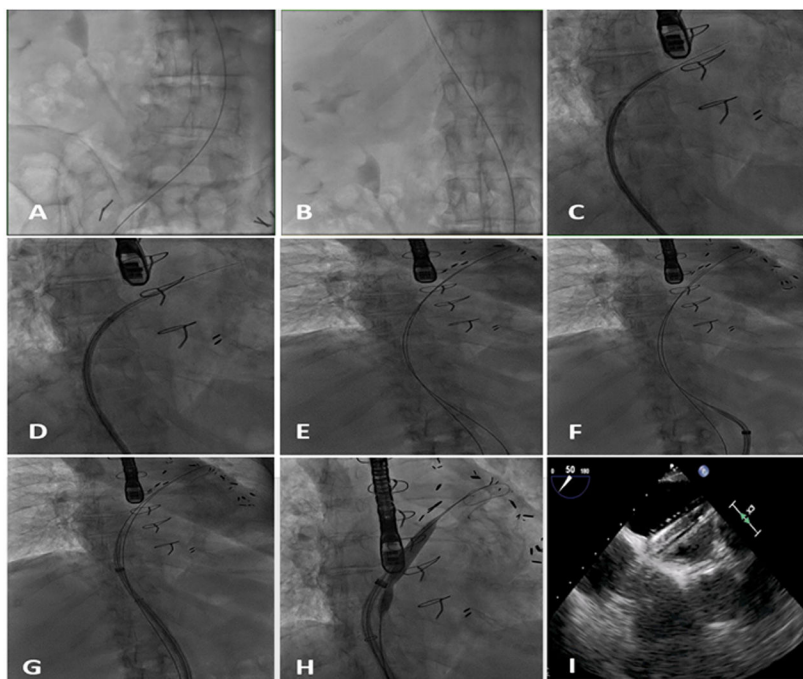


Figura 2.

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: faa2124@gmail.com (F. Kargoli).
On-line el 15 de julio de 2021

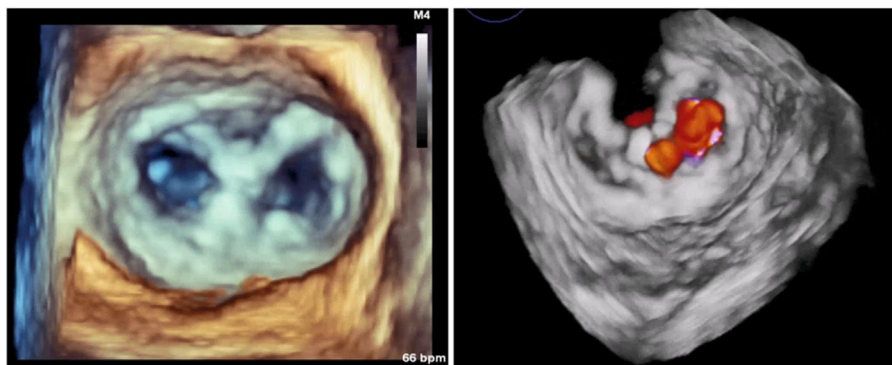


Figura 3.

Se acordó implantar un MitraClip (Abbott Vascular, Estados Unidos) (figura 1) a una mujer de 79 años. Se obtuvo el consentimiento informado pertinente. Los intentos de punción transeptal (PTS), mediante una vaina Mullins y una aguja Brockenborough curvada manualmente en diversos ángulos, no dieron resultado debido a una pronunciada tortuosidad venosa. Los intentos de enderezar la vena cava inferior (VCI) con una vaina de calibre 14 Fr fueron infructuosos. Se utilizó entonces un catéter dirigible Agilis de curva media (St. Jude Medical, Estados Unidos) para alcanzar la fosa oval. Se realizó una PTS aplicando una breve descarga de energía de radiofrecuencia (~ 60 W) a una guía Confianza de 0,014" (Asahi Intecc, Estados Unidos). A continuación se introdujo la vaina Agilis en la aurícula izquierda (AI) y se colocaron 2 guías, Amplatz Superstiff y Extrastiff (Boston Scientific, Estados Unidos), en la vena pulmonar superior izquierda. Se retiró la vaina de 14 Fr y, tras dilatar el acceso venoso (18 Fr), se introdujo el catéter guía (CG) dirigible de 24 Fr sobre la guía Superstiff. Sin embargo, seguía siendo imposible atravesar el tabique interauricular (TIA) con el CG debido al poco apoyo y posibilidad de empuje en la VCI tortuosa. Se mantuvo el CG en la aurícula derecha y se introdujo una vaina de calibre 7 Fr sobre la otra guía (Amplatz Extrastiff). A continuación, se realizó una septostomía con balón de angioplastia transluminal percutánea de 10 × 40 mm y, tras deshinchar el balón, se introdujo el CG de 24 Fr en la AI (figura 2). Por último, se colocó un MitraClip para tratar un prolapso A2-P2 (figura 3).

En una VCI tortuosa, el acceso al TIA puede facilitarse con una PTS asistida por electrocauterización, una septostomía con balón y la técnica de guía acompañante para introducir la vaina al tiempo que se deshincha el balón y se tracciona de él.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores participaron en el trabajo y revisaron y acordaron el contenido del artículo. F. Kargoli se encargó de la obtención de los datos y las imágenes y de la redacción de la versión inicial del manuscrito. S. Brouha y A. Latib participaron en la obtención de los datos clínicos y la redacción del manuscrito. A. Latib fue el responsable general del caso y, como autor para la correspondencia, confirma haber tenido pleno acceso a todos los aspectos de proceso de redacción y asume la responsabilidad final del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

A. Latib ha formado parte de consejos asesores de Medtronic, Abbott Vascular y Edwards Lifesciences. Los demás autores no tienen conflictos de intereses que declarar.