

## #044 | Cierre percutáneo de CIV post IM

Matias Marquez<sup>1</sup>; Pablo Diaz<sup>1</sup>; Pedro Trujillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - ICI - MUCAM.

### Introducción:

La incidencia de las complicaciones mecánicas del IM ha disminuido. Estas implican dificultades diagnósticas y terapéuticas presentando una elevada morbimortalidad. Presentamos un caso de cierre percutáneo de CIV post IM.

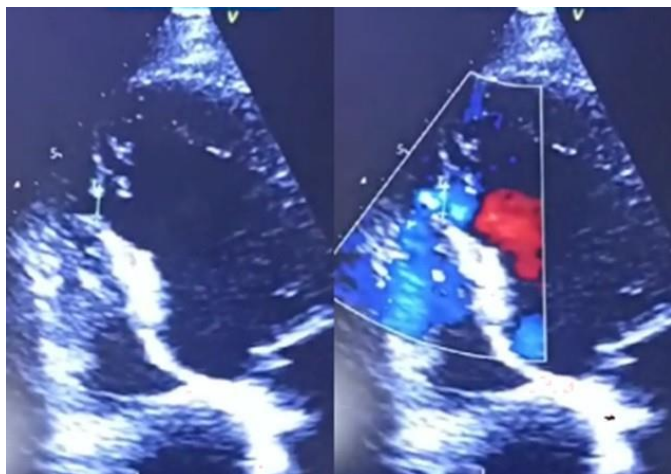
### Historia clínica:

SM de 89 años. No vidente, dependiente parcial y con enfermedad pulmonar intersticial difusa. Presento epigastralgia, vómitos y sudoración hace 7 días. Fue valorado por emergencia móvil e interpretado como cuadro digestivo. Consulta por disnea de esfuerzo rápidamente progresiva de 4 días devolución que pasa de CF II a III-IV. Agrega edemas de MMII gravitacionales. Al examen se encuentra lucido, tolerando el decúbito. Tiene un RI a 110 ciclos por minuto. Soplo rudo sistólico 4/6 en mesocardio. Ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular. Edemas de MMII hasta rodillas. Polipnea 22 RPM con MAV presente y con estertores crepitantes en ambas bases.

### Pruebas complementarias:



Nt-proBNP 14.000 um/dL.ETT: Aquinesia septal inferior, inferior mediobasal apical inferior y basal. FEVI 38%. CIV inferoseptal, apical con flujo izquierda derecha.



Ingresa para tratamiento médico. En la evolución, se realiza CACG que destaca ACD con oclusión distal de aspecto reciente. Escasa circulación colateral heterocoronaria. Se completa valoración con CCD con QP/QS de 2. Se discute en ateneo médico-quirúrgico y se decide que no es posible de reparación quirúrgica de CIV.

### Diagnóstico:

Se trata de un IM inferior KK III evolucionado complicado con CIV. Se decide reparación percutánea de CIV. A través de abordaje femoral se asciende y se cruza CIV exteriorizando la guía a nivel venoso yugular. Posteriormente se avanza vaina desde vena yugular hacia VI a través de orificio de CIV. Se implanta dispositivo amplatzer CIV muscular. Se comprueba anclaje con maniobra de Minnesota y se libera sin inconvenientes.\



Evoluciona

favorablemente, mejoría de clase funcional de III a II. Alta a domicilio 48 horas posteriores al procedimiento. El ETT de control evidenció escaso flujo a través de CIV. EF sin signos de ICC

### Discusión:

La CIV es una de las complicaciones del IM menos deseadas con una incidencia en declive gracias a la angioplastia primaria y los fármacos trombolíticos (1-2% hasta 0.2%).\ Se presentan con ICC posterior a un IAM, siendo la base fisiopatológica el shunt izquierda-derecha, que genera\ sobrecarga de VD, hiperaflujo pulmonar y posterior sobrecarga de VI. La disfunción ventricular vinculada al infarto puede agudizar la clínica. Al examen físico se destaca el soplo sistólico rudo, habitualmente mesocárdico. El ETT, cateterismo derecho e izquierdo y la ventriculografía son fundamentales para dirigir el tratamiento de la coronariopatía de base y la CIV. En cuanto al tratamiento, la cirugía urgente es la técnica de elección (IB), con una mortalidad de hasta el 50% dependiendo del estado hemodinámico. El tratamiento médico es habitualmente insuficiente y su mortalidad alcanza hasta el 90%. El cierre percutáneo es una alternativa viable en pacientes inoperables. En las etapas agudas, la probabilidad de fracaso es alta, debido a la friabilidad tisular, mejorando más allá de las 3 a 4 semanas. De ser exitoso mejora la CF y sobrevive de estos pacientes que sin tratamiento tienen un mal pronóstico.