

# Cierre percutáneo de pseudoaneurisma ventricular izquierdo



## *Percutaneous closure of left ventricular pseudoaneurysm*

Lola Gutiérrez Alonso<sup>a,\*</sup>, Dabit Arzamendi Aizpurua<sup>a</sup>, Xavier Millán Álvarez<sup>a</sup>, Lluís Asmarats Serra<sup>a</sup>, Mario Torres Sanabria<sup>a</sup> y Chi Hion Li<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Unidad de Imagen Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

### VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000282>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000283>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 72 años, con antecedentes de fibrilación auricular permanente en tratamiento con acenocumarol e historia de cardiopatía valvular reumática en forma de doble lesión mitral en rango grave e insuficiencia tricuspídea grave por dilatación del anillo, sintomática para disnea. Se completa el estudio cardiológico previo a planificar cirugía de recambio valvular, que descarta la existencia de lesiones coronarias. Se presenta en el comité médico-quirúrgico y es aceptada para sustitución valvular mitral y anuloplastia tricuspídea.

Se realizó la intervención de forma electiva y se implantó una prótesis mitral mecánica On-X 25 mm (Life Technologies, EE.UU.), realizando anuloplastia tricuspídea con anillo protésico. A la salida de la bomba de circulación extracorpórea se observó hemorragia por rotura del surco auriculoventricular en la proximidad con la orejuela izquierda, que fue reparado con puntos apoyados en el pericardio y teflón hasta conseguir la hemostasia. En este contexto, la paciente presentó deterioro hemodinámico y caída de la función ventricular, que precisó escalada de inotrópicos e implante de balón de contrapulsación aórtico.

El posoperatorio en la unidad de cuidados críticos fue tórpido. Al quinto día de la cirugía presentó fiebre en el contexto de una neumonía asociada a ventilación mecánica. Por este motivo, se solicitó una tomografía computarizada de tórax que puso de manifiesto una rotura de 7 mm de diámetro máximo de la pared lateral del ventrículo izquierdo, con formación de un gran pseudoaneurisma intrapericárdico de 8 cm de diámetro máximo ([figura 1](#)) ([vídeo 1 del material adicional](#)).



**Figura 1.** Cambios tras la cirugía cardíaca: sustitución valvular mitral y anuloplastia tricuspídea. Rotura de 7 mm de diámetro máximo de la pared lateral del ventrículo izquierdo con formación de una gran cavidad/pseudoaneurisma intrapericárdico (asterisco), de 8 cm de diámetro máximo, asociado a hemopericardio.

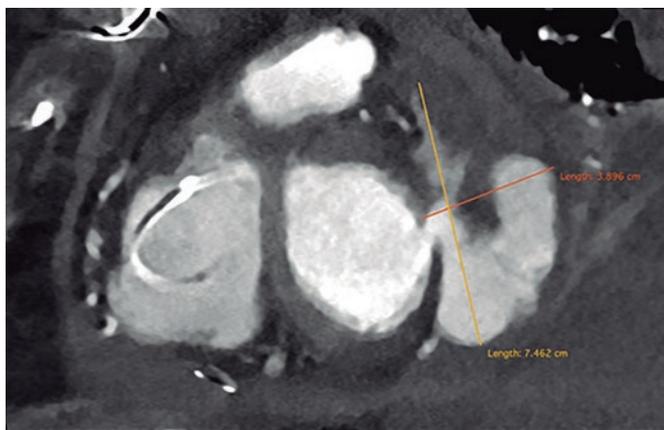
### \* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lolagutialonso@gmail.com](mailto:lolagutialonso@gmail.com) [L. Gutiérrez Alonso].

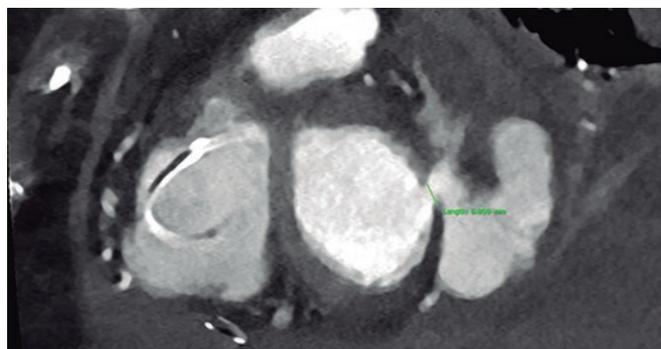
Online: 29-04-2022.

Full English text available from: [www.recintervcardiol.org/en](http://www.recintervcardiol.org/en).

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.



**Figura 2.** Tomografía computarizada cardíaca. Detalles del defecto. Diámetros mayor (amarillo) y menor (naranja) del pseudoaneurisma.



**Figura 3.** Tomografía computarizada cardíaca. Detalle del orificio de la puerta de entrada del defecto y su diámetro.

El análisis de la tomografía computarizada cardíaca confirmó la existencia de un defecto amplio con un diámetro mayor de 7,46 cm y un diámetro menor de 3,89 cm (figura 2). La puerta de entrada del defecto, de morfología casi circular, tenía un diámetro mayor de 7,45 mm y un diámetro menor de 6,8 mm (figura 3). El defecto se localizaba en la pared lateral del ventrículo izquierdo, por debajo del plano valvular mitral (video 2 del material adicional).

Para la publicación del presente caso clínico se obtuvo el consentimiento verbal y firmado.

#### FINANCIACIÓN

Ninguna.

#### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

L. Gutiérrez Alonso ha redactado el texto y participado en la asistencia directa de la paciente. D. Arzamendi, X. Millán, L. Asmarats y M. Torres participaron en la asistencia directa de la paciente. D. Arzamendi ha supervisado la redacción del manuscrito. C. Hion Li contribuyó directamente en el caso y ha aportado la iconografía.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

#### MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000281>.