

Cierre de comunicación interventricular membranosa en adulto joven usando ADO II

Closure of a interventricular septal defect in young adult with Amplatzer device

Damsky Barbosa J, Alonso J, Ferrin L, Peirone A, Trentacoste L, Rivarola M, Lucini V, Sciegata A, Pibernus J, Gómez J, Gómez R, Gamboa R, Molina A, Vagnola O, Robredo A, Henestrosa G, Faella H

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2016;7(3):159

Sección: Carta al Editor

En relación al caso publicado en la *Revista de Cardioangiología*¹ “**Cierre de comunicación interventricular membranosa en adulto joven usando ADO II**”, queremos realizar algunas consideraciones.

El cierre espontáneo “por debajo del 40%” sin relacionarlo con la edad² es incorrecto.

Presencia de soplo continuo, CIV pequeña, prótesis de 5 mm, QP/QS elevado y dilatación de cavidades de-rechas, debieron descartar asociaciones. En la CIV se dilatan las cavidades izquierdas³.

Las imágenes son confusas. No muestran claramente la CIV.

Con todas estas dudas, la indicación de cierre de CIV en este paciente resulta poco clara.

El dispositivo y la técnica retrógrada empleados no están justificados en el trabajo. El cierre “clásico” de una CIV se realiza por vía anterógrada con técnica de “asa arteriovenosa”. Existen dispositivos específicos para tratar este tipo de defectos. El dispositivo Amplatzer (St Jude Medical, MN, USA) tipo II para cierre de *ductus* es de uso infrecuente para oclusión de CIV, principalmente en pacientes adultos⁴. Mencionan poliéster dentro de los dispositivos Amplatzer para cierre de CIV. El dispositivo utilizado, no tiene poliéster.

En referencia al término “experiencia” de las conclusiones, debemos resaltar que la experiencia es parte del conocimiento. La calidad de la atención médica está estrechamente ligada al “conocimiento⁵”.

Las enfermedades congénitas del adulto requieren grupos de trabajo formados por cardiólogos intervencionistas pediátricos y de adultos⁶ para cubrir las eventualidades en un cateterismo. ¿Por qué modificar esta modalidad?

Finalmente, esta publicación NO fue evaluada por el Comité Editorial especialista en cardiopatías congénitas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mieres J, Fernández-Pereira C, Santaera O, et al. Cierre de CIV membranosa en adulto joven usando ADO II. *RACI*, 2016;7(1):023-027.
2. Zhang J, Ko JM, Guileyardo JM, Roberts WC. A review of spontaneous closure of ventricular septal defect. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2015;28(4):516-520.
3. McDaniel NL, Gutgesell HP. Chapter 32. Ventricular Septal Defects. In: Moss and Adams' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents: Including the Fetus and Young Adults, 7th Edition. Copyright ©2008 Lippincott Williams & Wilkins.
4. Rudolph A. The Congenital diseases of the Heart. Third edition. Ventricular Septal Defect. Chapter 7. 2009.
5. Hildner FJ. Ethical Issues in Cardiovascular Publications: Observations During 25 Years as an Editor. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 60:202-207 (2003)
6. Arzamendi D, Miro J. Percutaneous Intervention in Adult Congenital Heart Disease. *Rev Esp Cardiol* 2012;65(8):690-699.

Réplica 1

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2016;7(3):160

De nuestra consideración:

Hemos leído con atención y de algún modo con preocupación, por el grado de virulencia expresado, la carta de lectores referida a nuestro caso clínico reportado en RACI¹. Queremos expresar en este breve espacio nuestra respuesta.

El paciente era seguido cardiológicamente desde su infancia y era de su conocimiento la presencia de una CIV con soplo holosistólico no sistodiastólico, que sin embargo no le impidió realizar una normal vida cotidiana. Hace aproximadamente un año comienza con disnea a máximos esfuerzos que le impiden hacer su actividad deportiva habitual, la disnea al esfuerzo en defectos pequeños es el síntoma que aparece con más frecuencia². Por todo esto el paciente es referido para cierre de su CIV por su cardiólogo clínico. Es innecesario decir que el paciente tiene ecocardiograma transtorácico y transeofágico previo al procedimiento, transeofágico durante los dos procedimientos de cierre del defecto y transtorácicos en el seguimiento que descartan cualquier patología congénita asociada. Luego del cierre, el paciente retornó a su actividad deportiva habitual y permanece asintomático 6 meses después.

Finalmente la vía de abordaje con ADO II por acceso arterial y venoso está ampliamente difundida y aprobada por experiencias anteriores y actuales^{3,4}; debemos decir que en un caso que publicamos en un *Pub Med Journal* de CIV posmiocardiopatía de *takotsubo*⁵, los revisores no expresaron comentario alguno sobre la técnica utilizada para el cierre, que fue igual a la del presente reporte. Finalmente, lo dicho sobre si las cardiopatías congénitas del adulto se deberán realizar en conjunto con el cardiólogo pediatra es algo que no está escrito en ninguna guía de tratamiento y creemos tiene otros fines que escapan al ámbito científico y se deberían tratar en otros escenarios.

Atentamente,

Mieres J, Fernández-Pereira C, Santaera O y colaboradores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mieres J, Fernández-Pereira C, Santaera O, et al. Cierre de comunicación interventricular membranosa en adulto joven usando ADO II. *Revista Argentina de Cardioangiología* 2016;7(01):0023-0027.
2. Ammash NM, Warnes CA. Ventricular septal defects in adults. *Ann Intern Med* 2001;135:812.
3. Balzer D. Current status of percutaneous closure of ventricular septal defects. *Pediatr Therapeut* 2012;2:112.
4. Ebeid MR, Batlivala SP, Salazar JD, et al. Percutaneous closure of perimembranous ventricular septal defects using the second-generation Amplatzer vascular occluders. *Am J Cardiol* 2016 Jan 1;117(1):127-30.
5. Rodríguez AE, Fernández-Pereira C, Mieres J, et al. Ventricular septal perforation after biventricular takotsubo cardiomyopathy successfully repaired with an Amplatzer device: first report in the literature. *Case Rep Cardiol* 2016;2016:3251032.

Réplica 2

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2016;7(3):161

En Referencia a la carta del Dr. Damsky Barbosa J. y colaboradores.

De nuestra consideración:

La *Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista* (RACI) sistemáticamente envía a revisión externa todos los trabajos llegados a la misma. Quedan excluidos de esta los Editoriales y/o Consensos expresamente pedidos por este Comité Editorial.

En el Reglamento de Publicaciones no hay ninguna reglamentación expresa sobre los deseos vertidos por los autores de la carta y tampoco conocemos que algún *major Journal* utilice el criterio antes sugerido “que el tratamiento percutáneo de las cardiopatías congénitas del adulto como una CIV deban ser revisadas por especialistas pediátricos”. Por otra parte, es innecesario decir que, con el “tono” expresado en la misiva, solo el afán de priorizar la relación con la Cardiología Pediátrica permitió que accediésemos a publicarla; ellos además deberían saber que alrededor del 15% de las cartas a los Editores son publicadas, *N Engl J Med* y *JACC* 10%, pero seguramente ninguna de este tenor.

Desde el inicio de la revista RACI, todos los Comités Editoriales, el actual y el anterior, han tratado de acercar todas las subespecialidades a la revista; particularmente, la Cardiología Pediátrica tuvo a su disposición el segundo número completo de ella en el año 2013, donde publicaron sus experiencias en tratamientos percutáneos, aunque no reportaron en esa oportunidad casos como el que motivó este intercambio epistolar.

Atentamente,

Comité Editorial

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista (RACI)