

# Cortocircuito interauricular

Caso Clínico con dispositivo Alleviant  
Dr. Omar Abdul-Jawad Altisent/Dra. Laura Sanchís  
Hospital Clínic Barcelona

# Historia previa

- ♂ 83 años
- HTA, DM tipo 2 (ADO's+Insulina); Dislipemia; IRC (FG 50 ml/min)
- ICfEp diagnosticada en 2020.
  - Ingreso por descompensación en 2024
  - Coronariografía: Sin lesiones coronarias significativas
  - ETT: VI no dilatado, FEVI 65%, sin valvulopatía
- Tratamiento:
  - Furosemida 40 mg/d; Dapagliflozina 10mg/d; Metformina 850mg/12h; Lisinopril 10mg/d; Rosuvastatina 20mg/d

# Caso Clínico

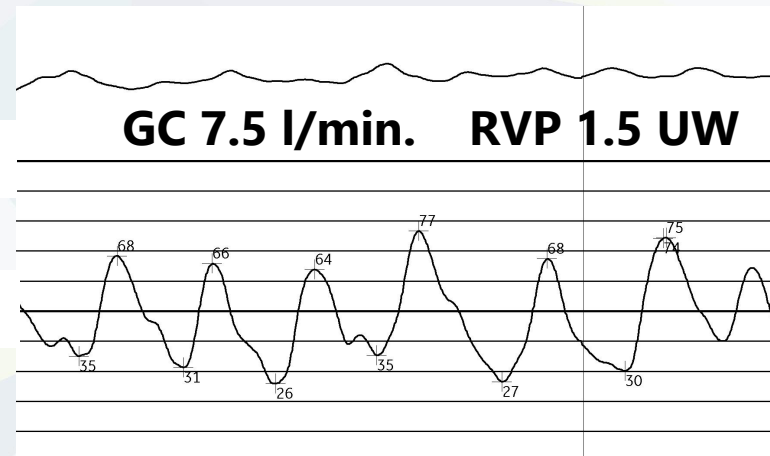
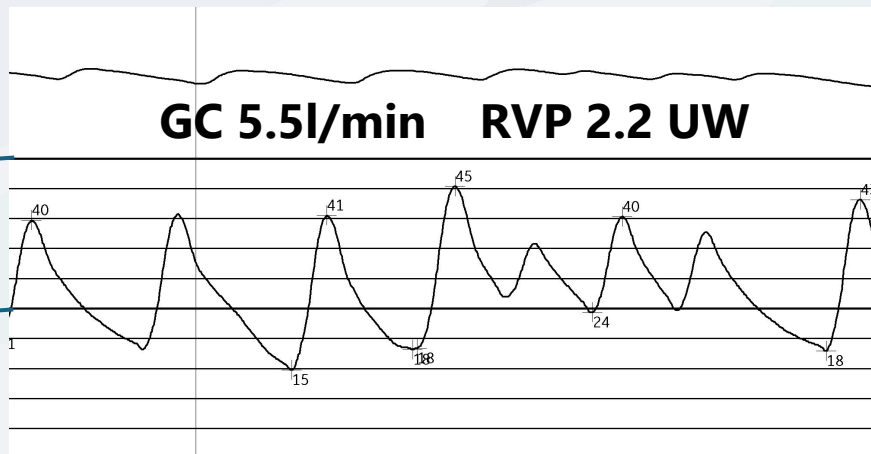
- Situación actual
  - CF III de la NYHA a pesar de tratamiento optimizado por guías
  - EF: Peso 89 Kg; Altura 160cm; PA 130/70 mmHg; FC 93 lpm; TCR, sin soplos, sin edemas en EEII, sin signos de ICD, MVC
  - ECG: RS, QRS estrecho, HBA
  - 6MWT: 300 metros
  - AG: Hb 12.5 g/dL; FG 45 ml/min; Pro-BNP 500 pg/mL
  - KCCQ: 52 points

# Cateterismo derecho esfuerzo

**AP baseline: 45/20 mmHg**

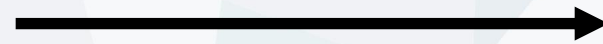


**AP Ejercicio: 75/30 mmHg**

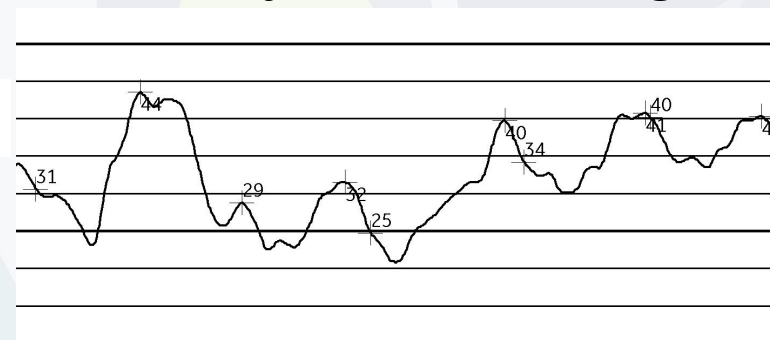
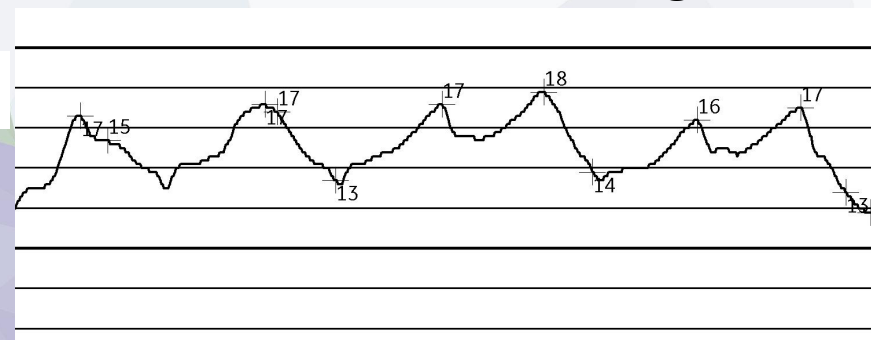


**Wedge > AD**

**PCP baseline: 16 mmHg**



**PCP Ejercicio: 34 mmHg**



**Ejercicio dinámico (cicling) hasta 30 i 60W**

# En resumen...

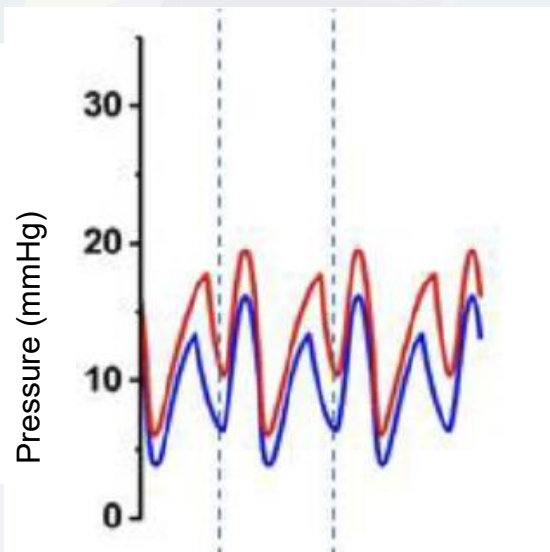
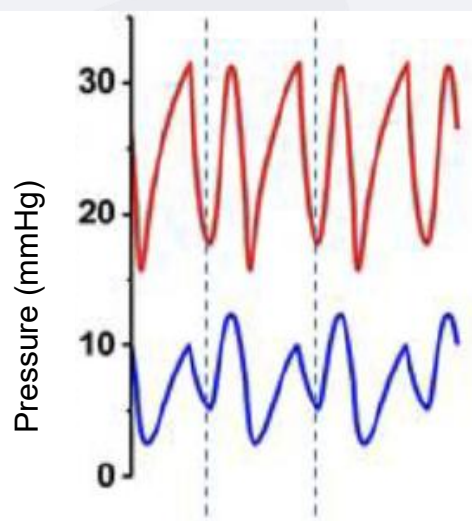
- ♂ 83 años, con FRCV, con IC FEVI preservada, persiste sintomático (ingresos por descompensación) a pesar de tratamiento médico optimizado incluyendo diuréticos
- Cateterismo derecho de esfuerzo muestra:
  - Aumento muy importante de la PAP y PCP en esfuerzo (PCP 35 mmHg!!!)
  - Persistencia de RVP bajas en esfuerzo ( $<1.8$  UW)
  - Wedge  $>$  AD en todo momento



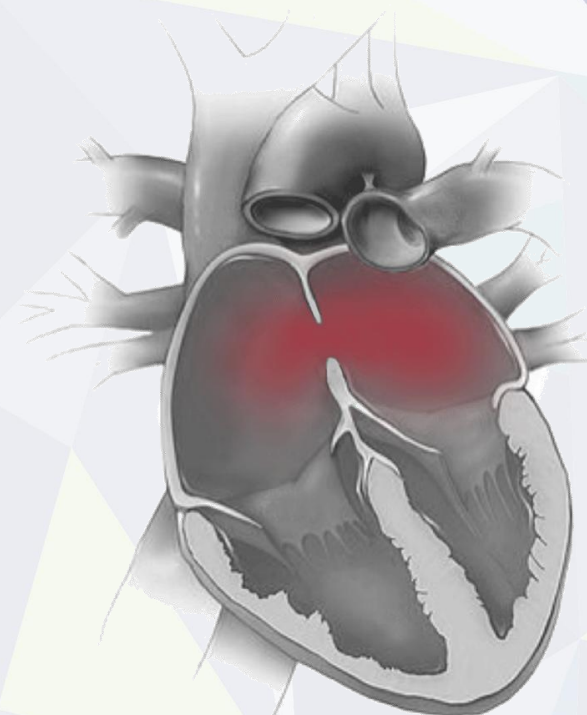
# Device-based Innovation: Interatrial Shunting Left Atrial Decompression

**NO SHUNT**

**SHUNT**



— LA pressure  
— RA pressure



Interatrial shunts offload pressure in the left atria;  
reduce pulmonary congestion

# Concepto shunt sin dispositivo

Next-gen = No-implant (Alleviant)

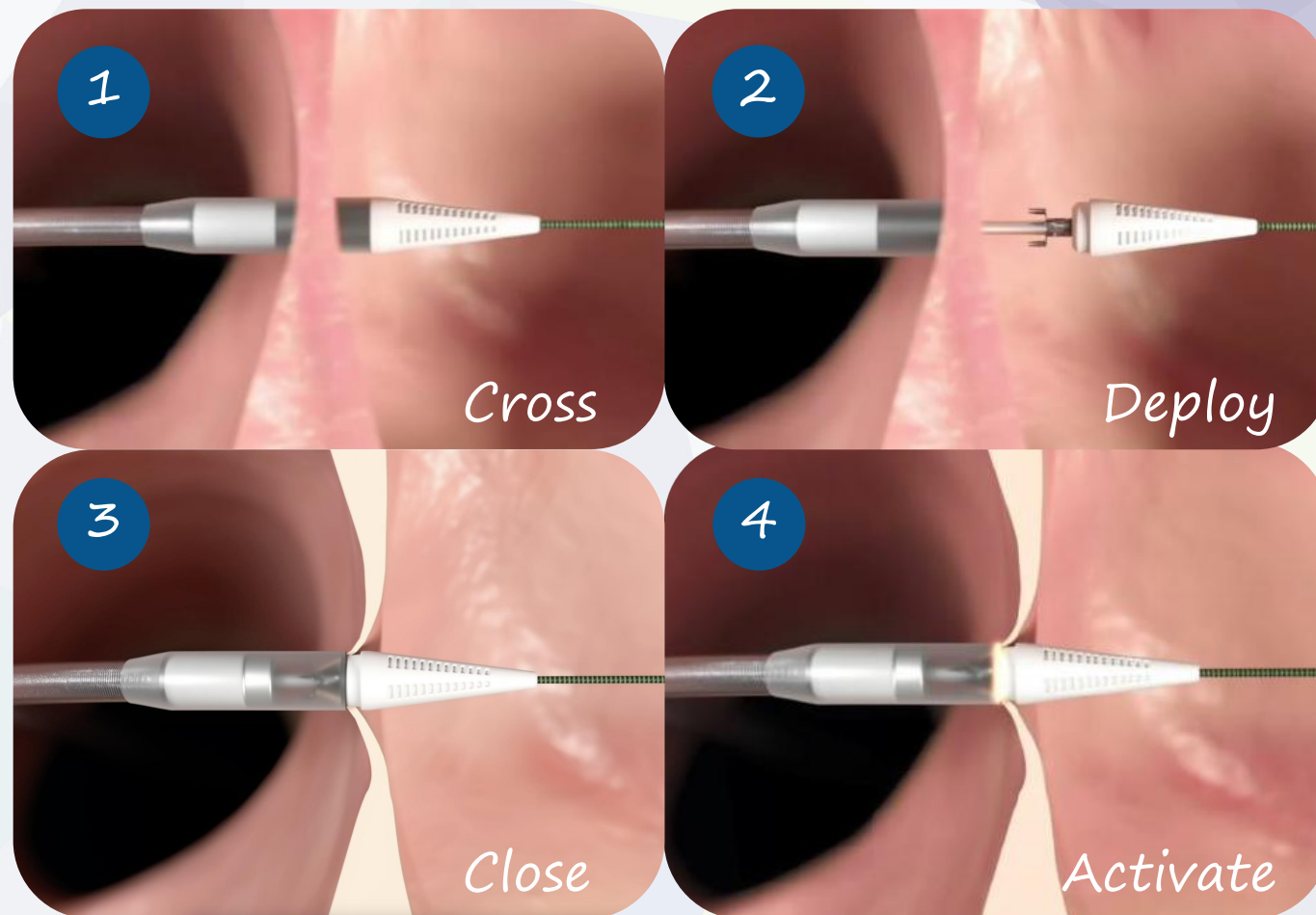
## Sistema Alleviant:

- No deja ningún dispositivo en el septo
- Descompresión natural de la presión, estable en el tiempo
- Procedure rápido y seguro
- Sin riesgo de complicaciones derivadas de un implante
- No limita futuras intervenciones (Afib Ablation, LAAC, interventions mitral)



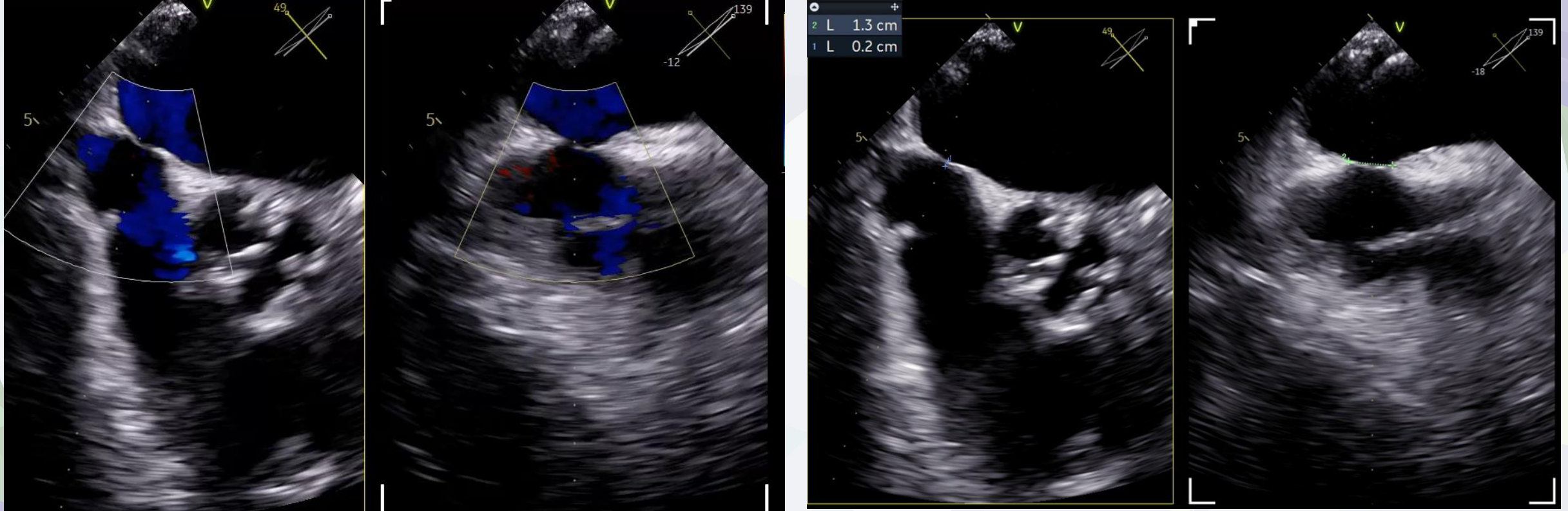
# Pasos del procedimiento

- Acceso venoso femoral 16 F
- Transeptal con BRK-1
- Small Safari



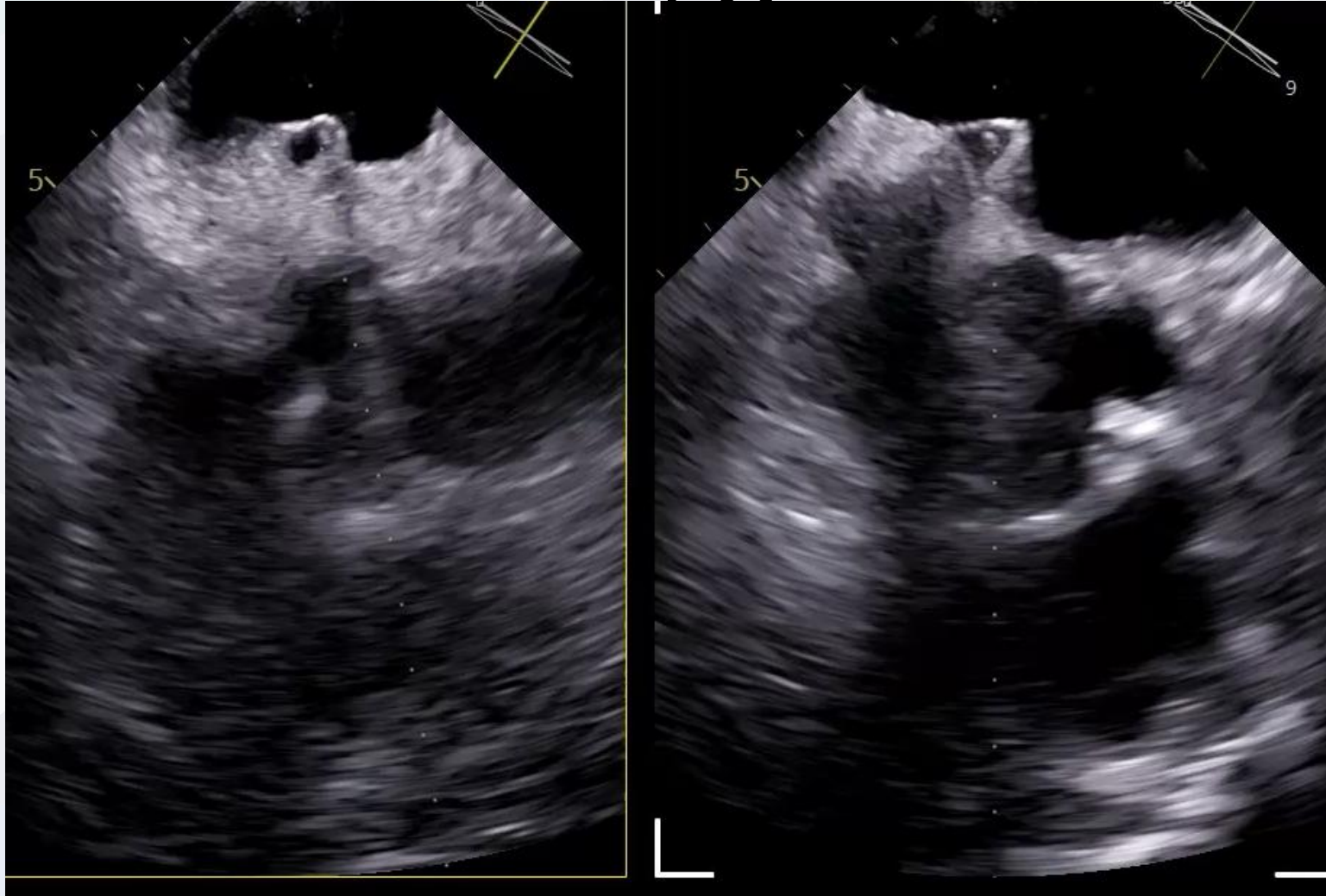


# Evaluación septo favorable para shunt



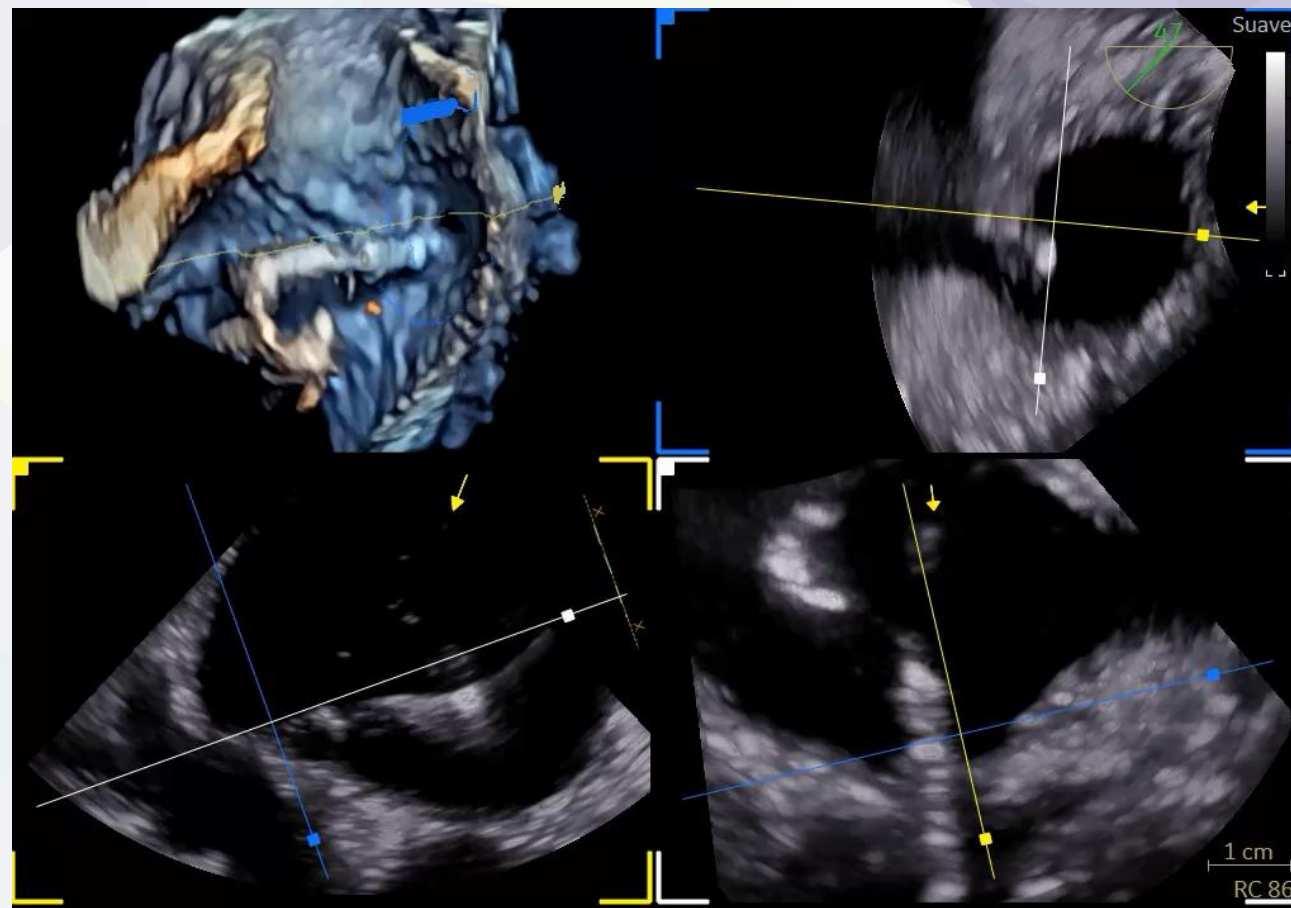
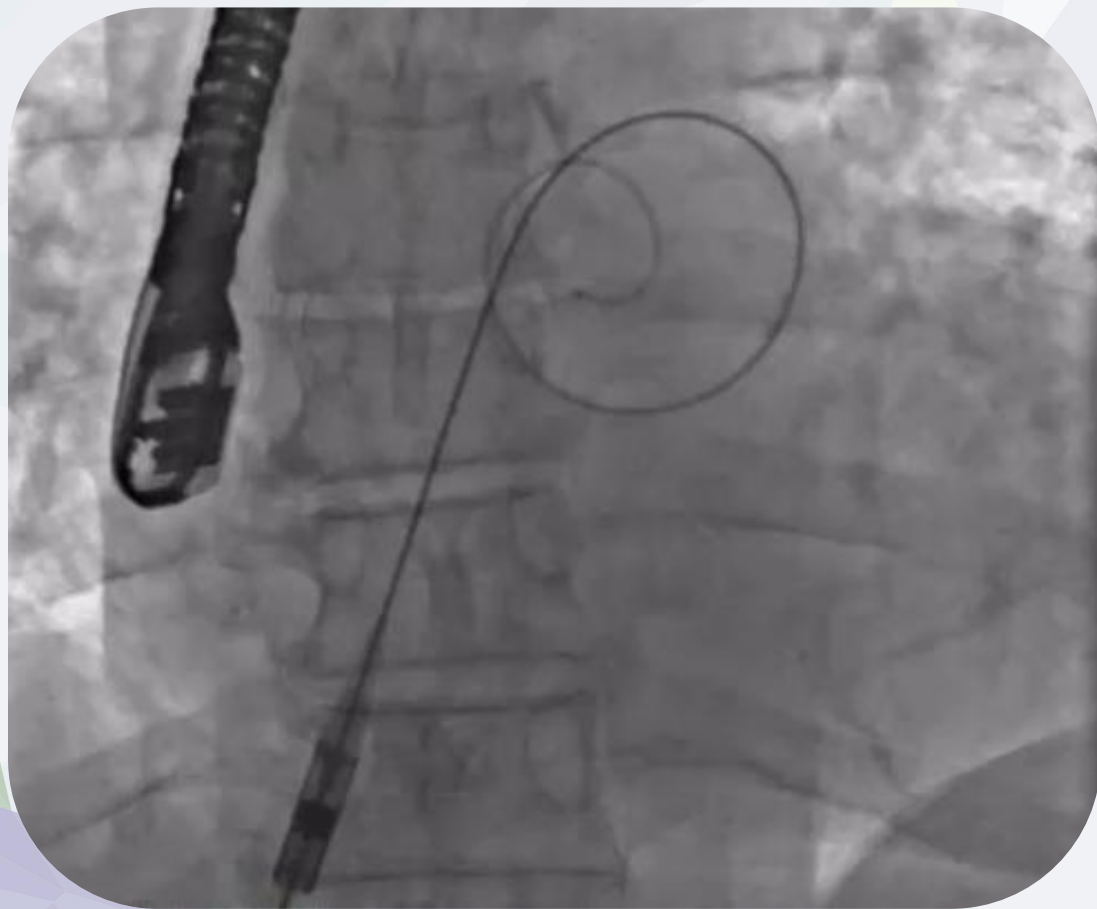
**Grosor <2mm**  
**Dimensiones >10 mmx10mm**  
**Ausencia de aneurisma septo**

# Punción transeptal a nivel de la

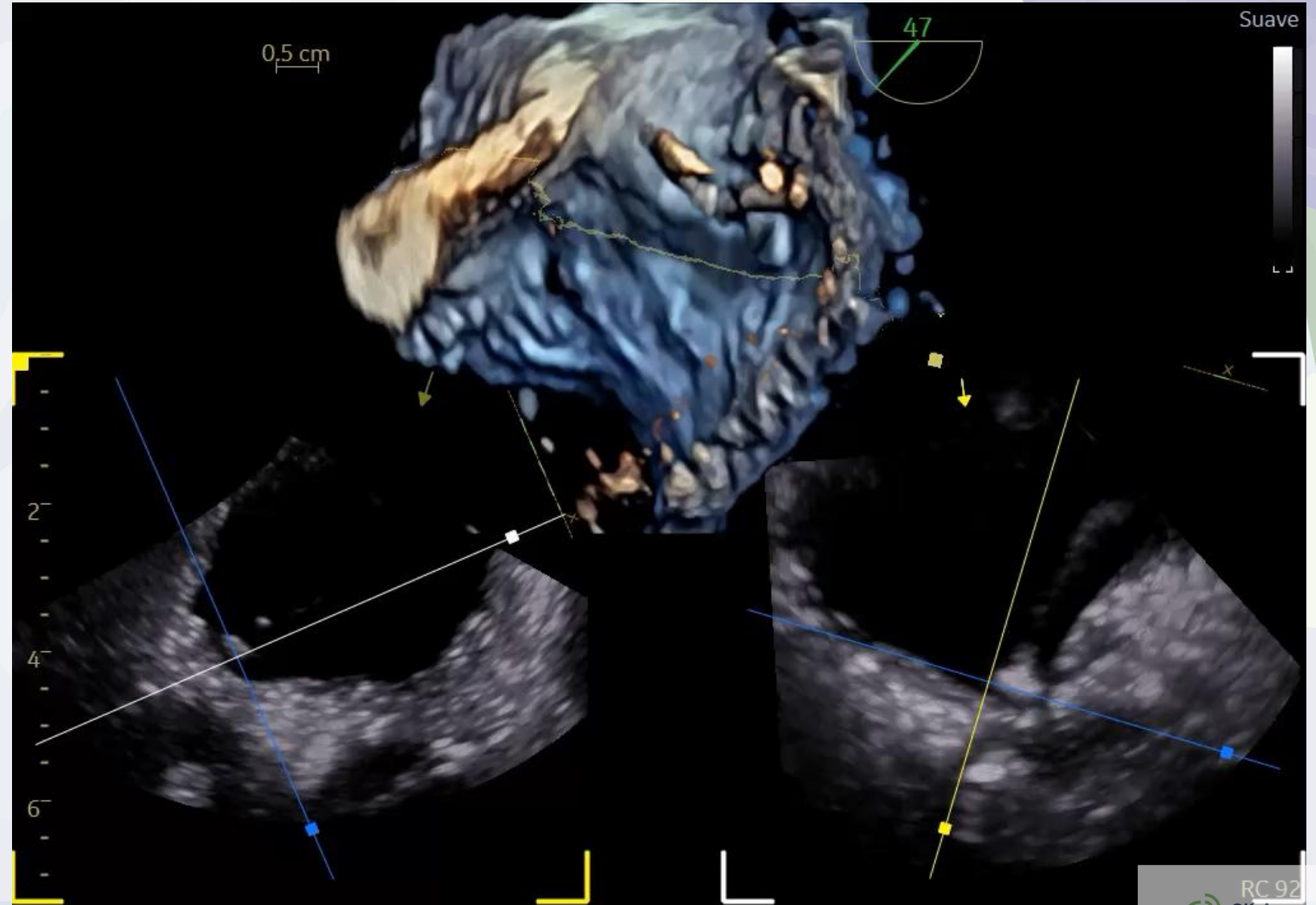
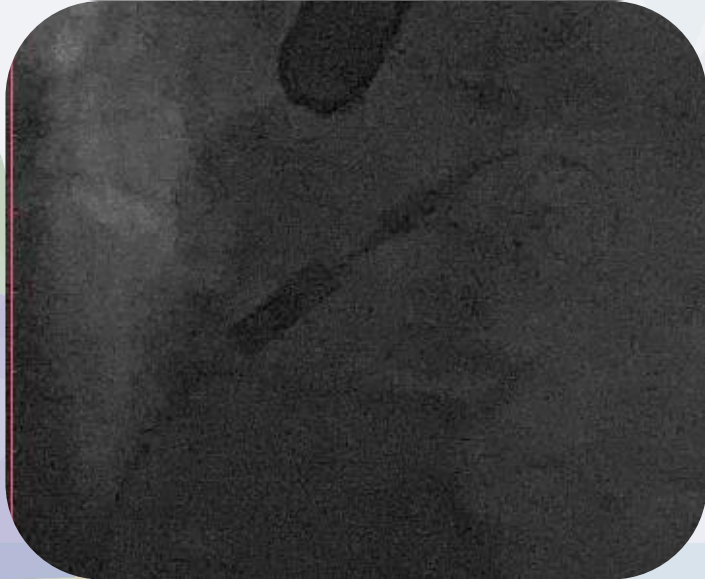
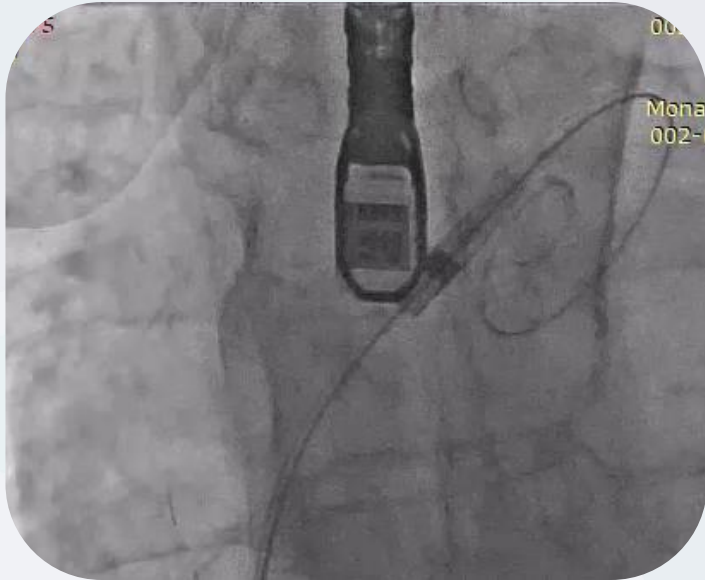




# 1. Cross the septum

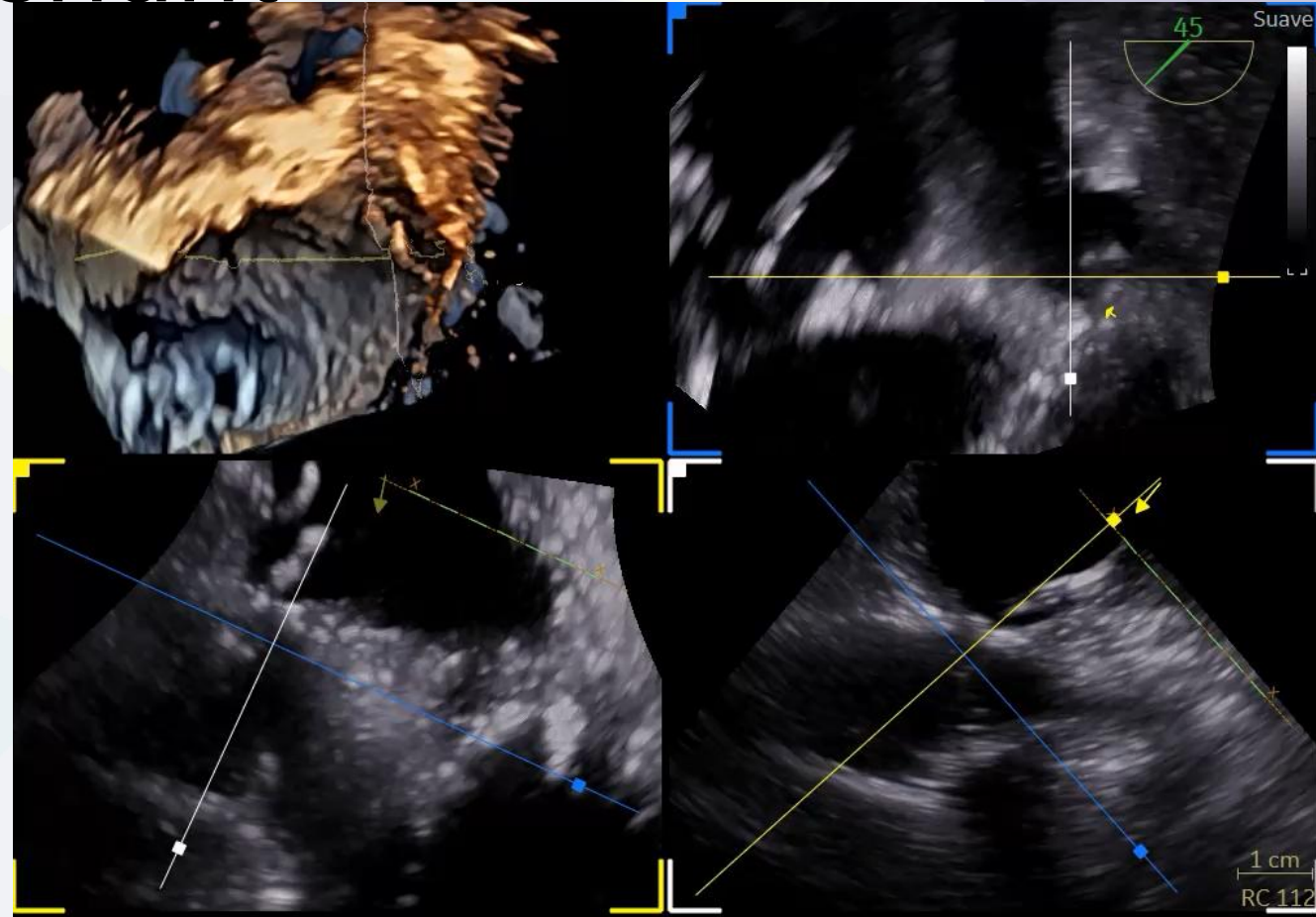
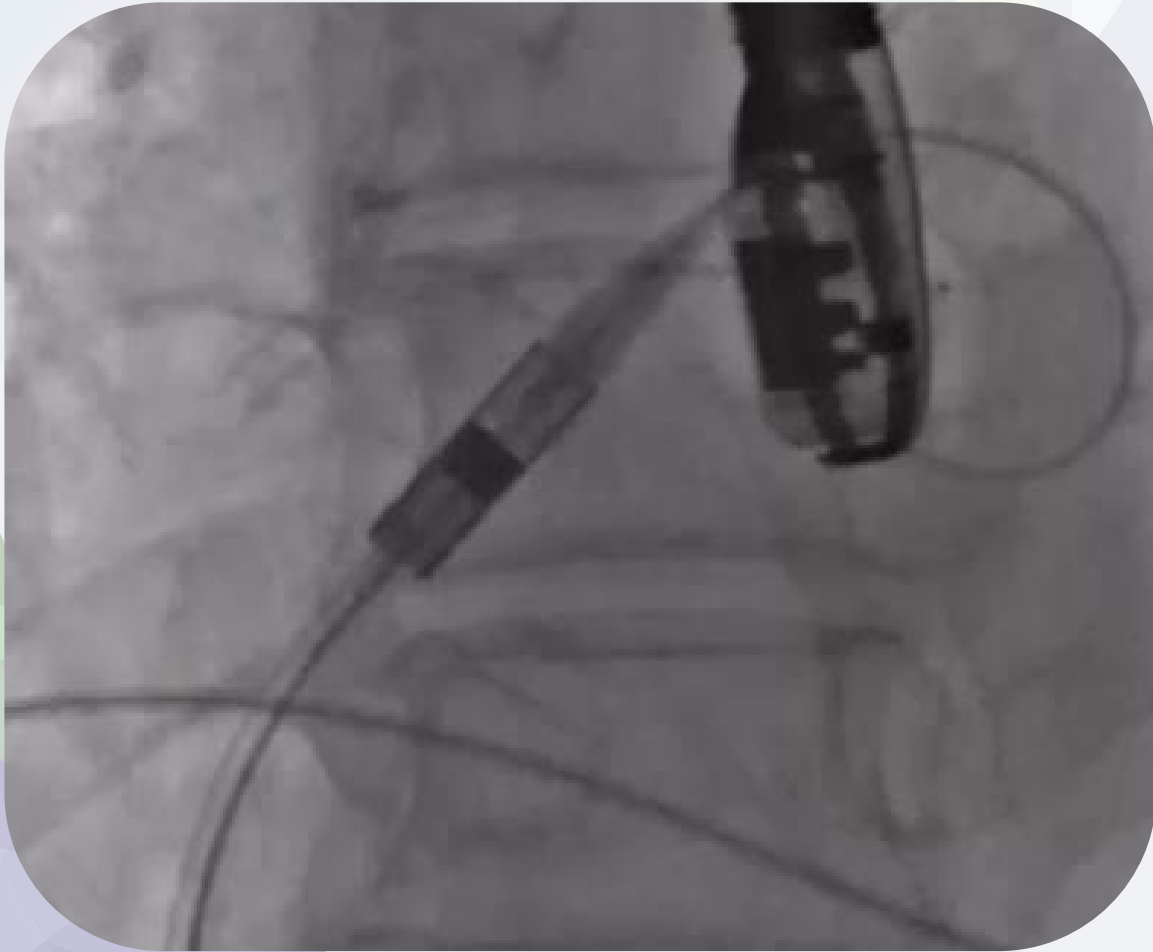


## 2-3. Posicionamos nosecone en la AI cerramos

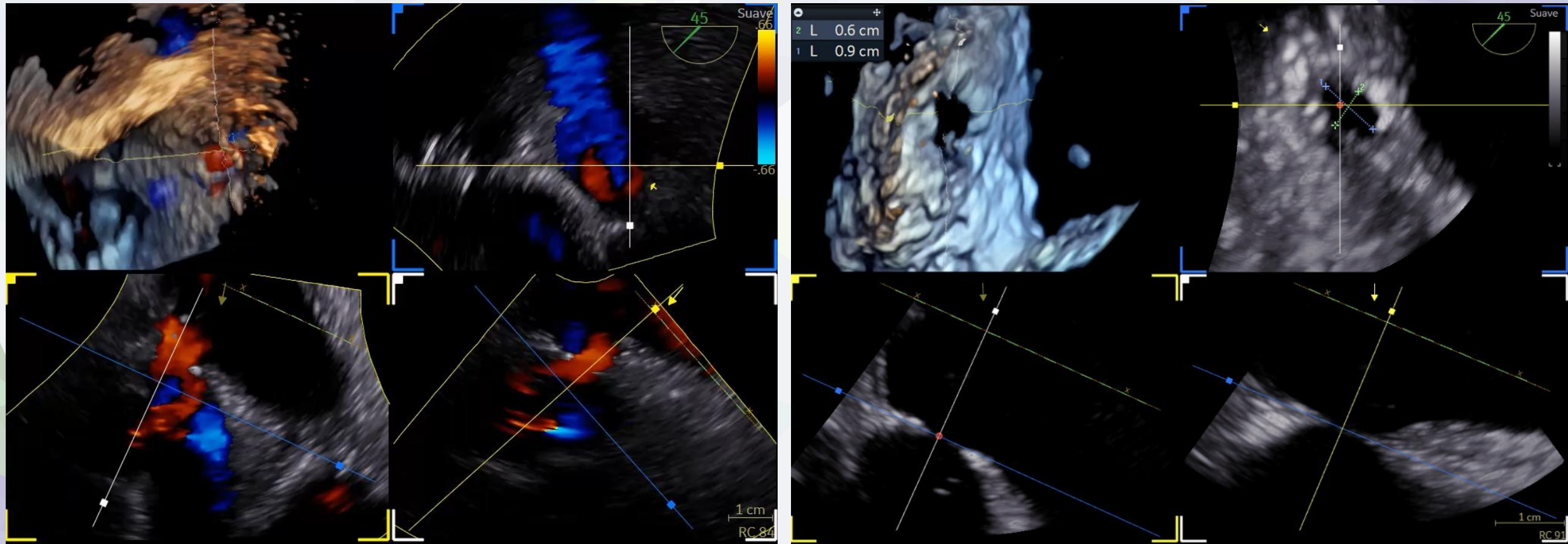




## 4. Aplicamos la RF para crear el shunt



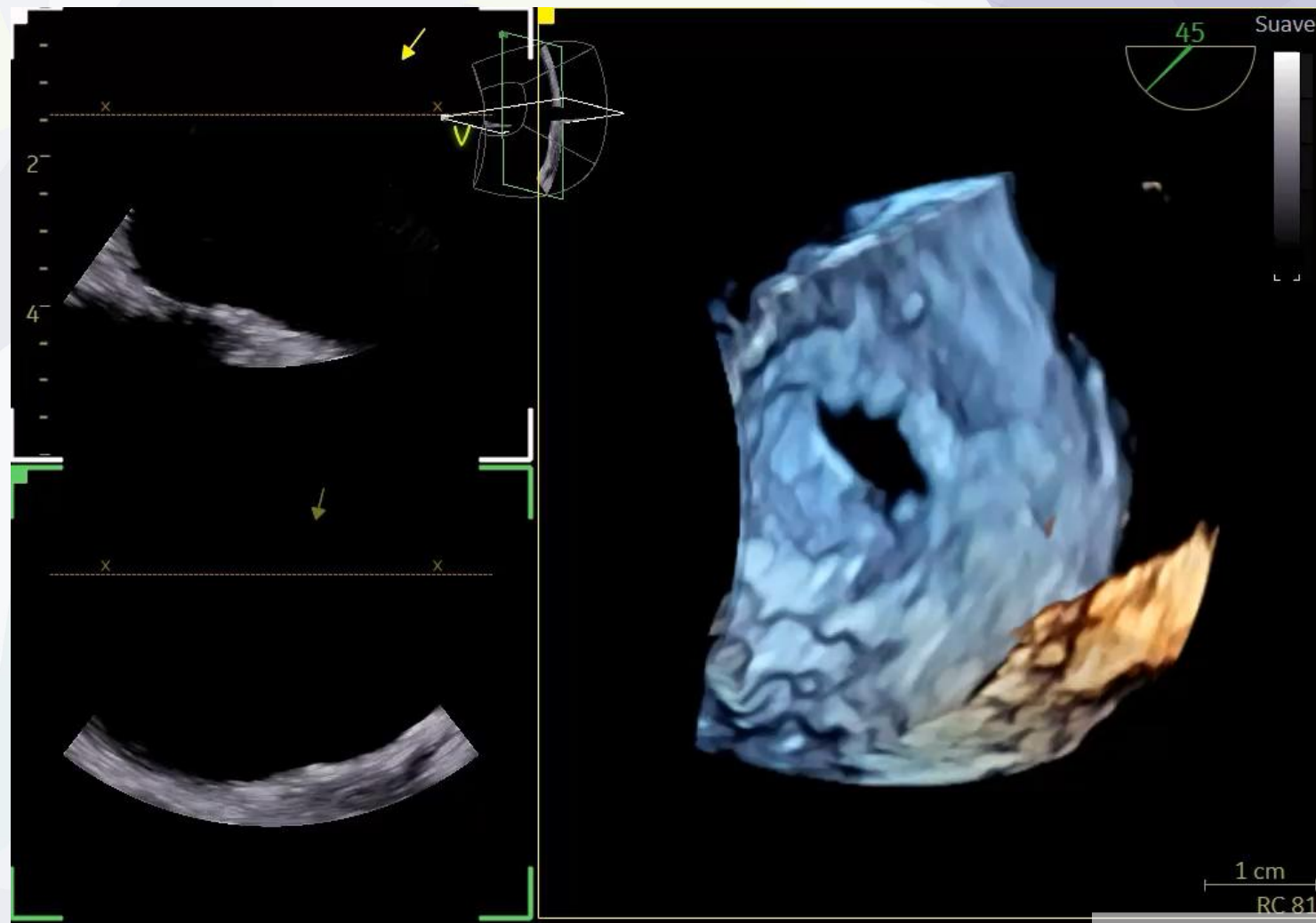
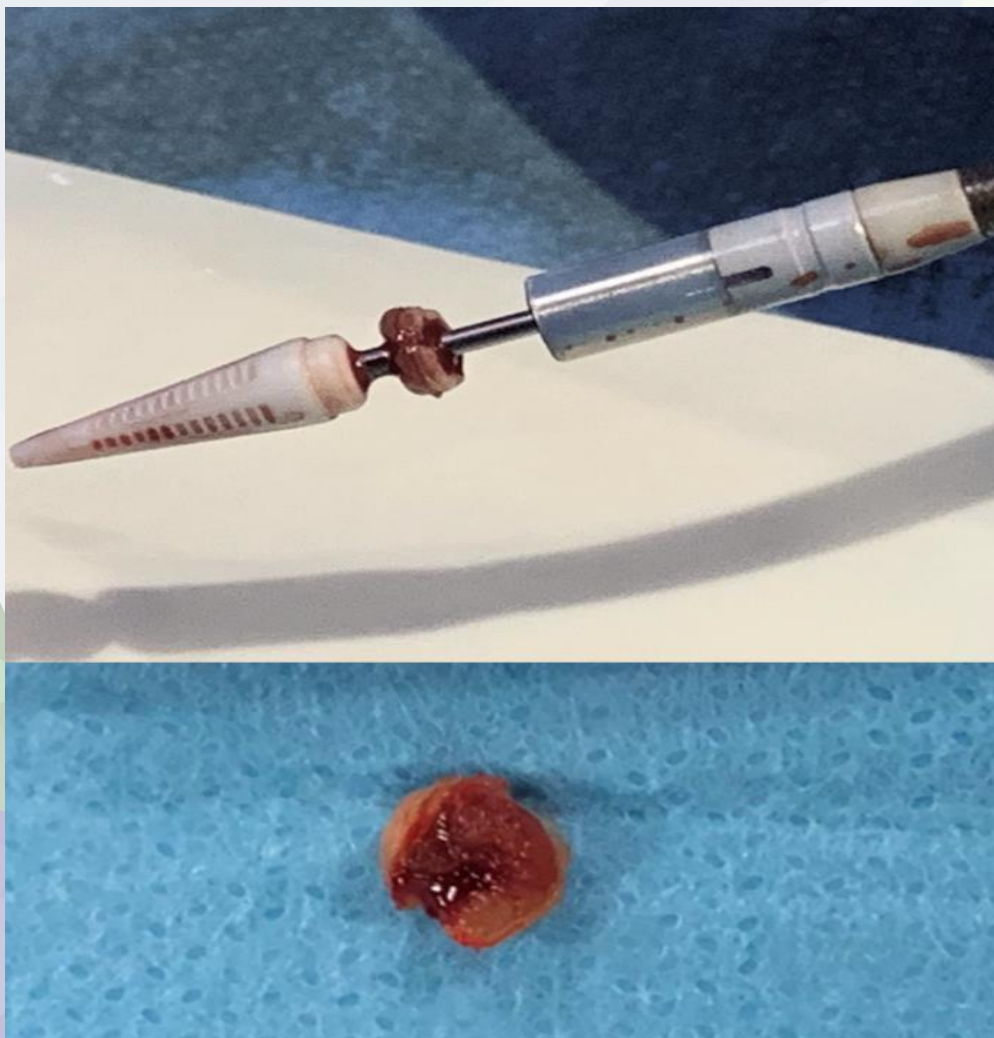
# Resultado con Shunt



**Shunt izquierda a derecha de 9x6mm a nivel de fosa oval**



# Resultado con Shunt



# Seguimiento a 6m

- Mejora de la CF a NYHA II
- Sin re-hospitalización ni descompensación de la IC
- Igual tratamiento farmacológico
- 6MWT: 380m
- AG: Pro BNP 110 pg/mL
- KCCQ: 71 puntos
- ETT: Persistencia del shunt izquierda-derecha; sin dilatación del VD ni AD, sin HTP estimada por ETT.



# Muchas gracias

Email: [oabdula@clinic.cat](mailto:oabdula@clinic.cat); [oabduljawadaltisent@gmail.com](mailto:oabduljawadaltisent@gmail.com).