



Revista Española de Cardiología



6005-7. CIERRE DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN ICTUS EMBÓLICO DE ORIGEN DESCONOCIDO: ¿ES IGUAL LA EFICACIA EN ICTUS RECIENTES E ICTUS ANTIGUOS?

Adrián Jerónimo Baza, Pablo Salinas Sanguino, Luis Nombela Franco, Pilar Jiménez Quevedo, Gabriela Tirado Conte, Ángela McInerney, Luis Marroquín, Alejandro Travieso González, Noemi Ramos López, Marcos Ferrández Escarabajal, Eduardo Martínez Gómez, Fernando Macaya Ten, Nieves Gonzalo López, Javier Escaned Barbosa y Antonio Fernández Ortiz

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los ensayos clínicos aleatorizados que establecieron el beneficio del cierre percutáneo de foramen oval permeable (FOP) en pacientes con ictus embólico de origen desconocido incluyeron solo ictus recientes: de menos de 6 y 9 meses. Se desconoce si el beneficio de cierre de FOP es extensible a ictus más antiguos

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los casos de cierre de FOP o comunicación interauricular en prevención secundaria de un ictus o embolia sistémica paradójica de origen desconocido (IEp) realizados en un hospital terciario entre octubre de 2004 y enero de 2021.

Resultados: De un total de 113 casos, en 69 (61,1%) se realizó el cierre en los 9 meses posteriores al evento (fig.). No se observaron diferencias entre grupos en cuanto al tipo de IEp índice por el que se realizó el cierre de FOP, siendo los más frecuentes los ictus (73,9 vs 77,3%; $p = 0,687$), seguidos por los accidentes isquémicos transitorios (20,3 vs 20,5%; $p = 0,983$). Se documentó, asimismo, embolia de pulmón simultánea en 3 pacientes del grupo de 9 meses ($p = 1,000$). No se observaron diferencias en las características basales de ambos grupos en el momento del procedimiento ni en el tratamiento antitrombótico posterior al cierre (tabla). La media de años de seguimiento fue $5,9 \pm 5,0$ años en el grupo de ≤ 9 meses ($p = 0,575$). El grupo de > 9 meses presentó una proporción significativamente mayor de trombosis venosa profunda/embolia de pulmón en el seguimiento (0 vs 6,8%; $p = 0,029$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la presencia de *shunt* residual al año (7,7 vs 4,8; $p = 0,549$), la incidencia de fibrilación auricular (1,5 vs 2,3%; $p = 1,000$), la recurrencia de ictus (1,5 vs 2,3%; $p = 1,000$) o la mortalidad (2,9 vs 2,3%; $p = 1,000$) en el seguimiento. Se realizó un subanálisis con el 15,9% de pacientes cuyo IEp se produjo > 24 meses antes del cierre de FOP de nuevo sin diferencias en recurrencia de ictus (1,1% > 24 meses, $p = 0,299$).

Características de la población de estudio

≤ 9 meses

> 9 meses

p

Características basales

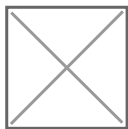
Edad	46,0 (37,0-54,5)	50,0 (41,5-62,8)	0,110
Sexo femenino	33 (47,8)	24 (54,6)	0,486
HTA	18 (26,1)	10 (22,7)	0,687
Dislipemia	21 (30,4)	19 (43,2)	0,167
Diabetes mellitus	3 (4,3)	1 (2,3)	1,000
Consumo de tabaco	16 (23,2)	15 (34,1)	0,205
IMC	26,3 (23,9-29,4)	26,6 (24,2-29,6)	0,613
EVP	2 (2,9)	0 (0)	0,520
Fibrilación auricular	2 (2,9)	1 (2,3)	1,000
Neoplasia activa	2 (2,9)	0 (0)	0,520
Filtrado glomerular estimado	101,1 (82,6-114,2)	95,7 (92,2-105,5)	0,663
Ictus previo*	14 (20,3)	14 (31,8)	0,166

Tratamiento antitrombótico al máximo seguimiento disponible

Ninguno	4 (5,9)	3 (6,8)	1,000
TAPS	51 (75,0)	33 (75,0)	1,000
TAPD	7 (10,3)	2 (4,5)	0,479
ACO	5 (7,4)	6 (13,6)	0,275

TAPS + ACO	1 (1,5)	0 (0)	1,000
------------	---------	-------	-------

*Anterior al evento índice. ACO: anticoagulación oral; AIT: accidente isquémico transitorio; ERC: enfermedad renal crónica; EVP: enfermedad vascular periférica; FEVI: fracción.



Distribución temporal de los IEp índices respecto al cierre del FOP.

Conclusiones: Las características basales de los pacientes con IEp reciente o antigua son similares. Aunque la evidencia disponible apoya el cierre precoz de FOP (9 meses tras la IEp), la eficacia de este tratamiento parece mantenerse en IEp más antiguas.