



6058-2. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Sara Blasco-Turrión¹, José Raúl Delgado Arana¹, Ignacio Cruz-González², Hipólito Gutiérrez¹, Ignacio García-Bolao³, Xavier Millán⁴, Luis Nombela-Franco⁵, Juan Miguel Ruiz-Nodar⁶, Mohsen Mohandes Yusefian⁷, Itziar Gómez-Salvador¹, Jorge Palazuelos Molinero⁸, Francisco Torres Saura⁹, José Alberto San Román Calvar¹ y Ignacio J. Amat Santos¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ²Hospital Universitario de Salamanca, ³Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁶Hospital General Universitario de Alicante, ⁷Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, ⁸Hospital Central de la Defensa, Madrid y ⁹Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con amiloidosis cardiaca por transtirretina (AC-ATTR) presentan alta tasa de fibrilación auricular con elevado riesgo hemorrágico y trombótico. Sin embargo, el cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) no ha sido estudiado en este contexto, por lo que nos propusimos comparar los resultados del CPOI en pacientes con AC-ATTR con aquellos sin amiloidosis cardiaca (AC).

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se compararon los resultados a corto y largo plazo del CPOI en pacientes con AC-ATTR y pacientes sin AC evaluando la tasa de complicaciones y la mortalidad a 2 y 5 años.

Resultados: Se incluyeron 1.159 pacientes sometidos a CPOI por contraindicación para anticoagulación en 11 centros españoles entre diciembre 2009 y diciembre 2020, de los que el 3,5% presentaban AC-ATTR. Los sujetos de este grupo eran de mayor edad ($83,1 \pm 4,9$ vs $75,9 \pm 8,2$ años, $p < 0,001$), con mayor HAS-BLED (4 vs 3,5 $p = 0,001$) y CHA2DS-VASc (5,2 vs 4,3; $p < 0,001$) y peor FEVI ($46,8 \pm 8,7$ vs $58,5 \pm 10,5\%$, $p < 0,001$). El éxito del procedimiento se produjo en el 98,1% de los pacientes sin diferencias entre grupos ni en el tipo de dispositivo empleado. La mayoría recibió tratamiento monoantiagregante (55 vs 75%), ningún sujeto AC-ATTR recibió doble antiagregación (vs. 6,2% en el grupo control) y 30% no recibió tratamiento antitrombótico (vs. 6,6% del grupo control). No hubo diferencias significativas durante el seguimiento con relación aictus isquémico (5 vs 2,5% $p = 0,283$) o hemorrágico (2,5 vs 0,8% $p = 0,284$), ni en sangrado mayor (7,5 vs 7,2% $p = 0,999$). La mortalidad intrahospitalaria fue similar en ambos grupos (0 vs 0,5%, $p = 0,999$), algo mayor en el grupo ATTR-CA a los 2 años, sin diferencias significativas (20 vs 13,6% $p = 0,248$), y significativamente mayor a 5 años en el grupo AC-ATTR (40 vs 19,2% $p < 0,001$), sin diferencias en cuanto al tiempo desde el diagnóstico ni en las causas frente al grupo control. La presencia de AC-ATTR no fue un predictor independiente de mortalidad a 2 años (tabla).

Predictores de mortalidad a 2 años

Variables	Univariado		Multivariado	
	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p
Amiloidosis	1,289 (0,633-2,624)	0,484	0,714 (0,355-1,522)	0,382
Edad	1,034 (1,012-1,056)	0,002	1,025 (1,000-1,050)	0,051
Diabetes	1,803 (1,320-2,462)	0,001	1,527 (1,083-2,152)	0,016
Antecedente de enfermedad coronaria	1,420 (1,011-1,994)	0,043		
Antecedente de ictus isquémico	0,464 (0,302-0,714)	0,001	0,522 (0,333-0,820)	0,005
Enfermedad renal crónica	2,545 (1,836-3,526)	0,001	2,186 (1,523-3,138)	0,001
Enfermedad hepática	1,903 (1,189-3,045)	0,007	1,720 (1,020-2,901)	0,042
FEVI	0,977 (0,963-0,992)	0,003	0,982 (0,966-0,998)	0,028
CHADS ₂ -VAS _C	1,114 (1,004-1,236)	0,041		
Sangrado mayor durante el ingreso	2,358 (1,043-5,330)	0,039		

Conclusiones: El CPOI es un procedimiento viable y seguro en pacientes con AC, siendo una alternativa para prevenir complicaciones hemorrágicas y eventos cerebrovasculares sin aumentar la tasa de complicaciones. Aunque a largo plazo la mortalidad fue mayor en el grupo AC-ATTR, a los 2 años de seguimiento fue similar a aquellos sin AC, lo que sugiere que el CPOI no es fútil en pacientes con AC-ATTR.