



5003-5. TROMBO EN LA OREJUELA IZQUIERDA: FACTORES ASOCIADOS Y UTILIDAD DEL DÍMERO-D PARA DESCARTARLO

Patricia Irigaray Sierra, Jara Gayán Ordás, Eva Pueo Crespo, Diego Fernández-Rodríguez, Pablo Pastor Pueyo, Emilia Blanco Ponce, Lucía Matute Blanco, Núria Pueyo Balsells, Ignacio Barriuso Barrado, Tania Ramírez Martínez, Esther Papiol Morales y Fernando Worner Diz

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción y objetivos: Se recomienda realizar un ecocardiograma transesofágico (ETE) a los pacientes con fibrilación auricular (FA) de > 48h que clínicamente requieren una cardioversión eléctrica (CVE) y no están anticoagulados, para descartar la presencia de trombo en orejuela izquierda (OI). Se ha propuesto que el valor del D dímero (DD) es de utilidad para descartar su presencia, con alta sensibilidad y valor predictivo negativo (VPN).

Métodos: El objetivo fue evaluar la prevalencia de trombo en nuestra población, los factores clínicos y ecocardiográficos asociados, así como la precisión diagnóstica de diferentes puntos de corte del D dímero para descartar su presencia en aquellos que tenían disponible su determinación periprocedimiento ($\pm$ 72 horas). Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes a los que se realizó ETE inmediatamente previo a CVE. La muestra procede de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca atribuida a FA (no previamente anticoagulados) o ambulatorios con mal control de INR o menos de tres semanas de anticoagulación.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes entre junio 2020 y mayo 2022. En 10 pacientes (8,7%) se evidenció trombo en la OI. La media de edad fue $69,5 \pm 11,2$ años y el 60% eran varones. Ni la escala CHADS₂-VASC₂, ni los factores clínicos ni ecocardiográficos evaluados se asociaron de forma significativa a la presencia de trombo (tabla). 71 pacientes (62,2%) tuvieron disponible la determinación de DD periprocedimiento (mediana de tiempo entre análisis y ETE de 21h; rango 1-72h; en 64,8% se determinó en $\leq$ 24h, en 26,8% entre las 25-48h y en 8,4% entre las 49-72h). De ellos, 8 (11,3%) tuvo trombo en la OI. 13 pacientes (18,3%) tuvieron DD $\leq$ 150 ng/ml, 25 (35,2%) DD $\leq$ 500 ng/ml y 15 (21,1%) DD $\leq$ 10 $\times$ edad. La figura muestra la curva ROC del DD: ABC 0,734 (IC 0,56-0,90; $p = 0,032$). El VPN para descartar trombo en OI fue de un 100% para DD $\leq$ 150 ng/ml (sensibilidad (Se) 100%, especificidad (Es) 20,6%), un 93,5% para DD $\leq$ 500 ng/ml (Se 62,5%, Es 68,2%), y un 91,1% para DD $\leq$ 10 $\times$ edad (Se 37,5%, Es 80,9%).

Factores potencialmente asociados a la presencia de trombo en la OI

Sin trombo (N = 104) Con trombo (N = 10) p

Edad, años, media ($\pm$ DE)	69,7 ($\pm$ 11,3)	68,1 ($\pm$ 10,7)	0,67
Sexo masculino, N (%)	60 (57,6)	8 (80)	0,17
Hipertensión arterial, N (%)	66 (63,4)	9 (90)	0,09
Diabetes mellitus, N (%)	21 (20)	1 (10)	0,43
Ictus previo, N (%)	5 (4,8)	0 (0)	0,49
Vasculopatía periférica, N (%)	6 (5,7)	1 (10)	0,59
Neoplasia activa, N (%)	6 (5,7)	0 (0)	0,43
IC o miocardiopatía previa, N (%)	90 (86,5)	9 (90)	0,75
Volumen AI (ml/m ²), media ($\pm$ DE)	55,1 ($\pm$ 17,6)	65,9 ($\pm$ 15,3)	0,82
Diámetro AP (mm), media ($\pm$ DE)	48,78 ($\pm$ 6,4)	54,4 ($\pm$ 6,4)	0,46
FEVI (%), media ($\pm$ DE)	48,8 ($\pm$ 17,3)	43,2 ($\pm$ 23)	0,34
CHA2DS2 VASC, media ($\pm$ DE)	3,21 ($\pm$ 1,4)	3,10 ($\pm$ 1,19)	0,81
CHA2DS2 VASC $\geq$ 2, N (%)	90 (78,9)	10 (100)	0,21
Tratamiento antitrombótico, N (%):			
Ninguno	70 (67,3)	8 (80)	
ACOD	14 (13,4)	1 (10)	0,53
Antivitamina K	15 (14,4)	0 (0)	
Monoantiagregación	5 (14,4)	1 (10)	



Curva ROC para el valor diagnóstico del D dímero (línea verde: diagonal de referencia; línea azul: curva D dímero). Índice de Youden de 0,42 (1,42-1) para el valor de DD 443,5 ng/ml. ABC 0,734 (IC 0,56-0,90; $p = 0,032$).

Conclusiones: La prevalencia de trombo en la OI en el ETE pre-CVE fue similar a la descrita. El tamaño de la muestra no permite identificar factores clínicos ni ecocardiográficos asociados a la presencia de trombo. El VPN de un valor de DD ≥ 150 ng/ml fue del 100%. Sin embargo, puntos de corte superiores, no permiten descartar su presencia.