



5018-7. ANÁLISIS DE LA HEMOSTASIA PRIMARIA MEDIANTE EL TIEMPO DE OBTURACIÓN ADENOSINA DIFOSFATO-COLÁGENO, UN POTENCIAL BIOMARCADOR EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON FUGA PARAVALVULAR

Yassin Belahnech Pujol, Gerard Martí Aguasca, Laura Gutiérrez García-Moreno, M. Teresa González Alujas, Eduardo Ródenas Alesina, Imanol Otaegui Irurueta, Laura Galián Gay, Rubén Fernández Galera, Ricardo Palma Carbajal, Álvaro Calabuig Goena, María Calvo Barceló, Toni Soriano Colomé, José A. Barrabés Riu, Ignacio Ferreira González y Bruno García del Blanco

Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de fuga paravalvular (FPV) en pacientes con válvulas aórticas transcáteter se ha relacionado con más eventos hemorrágicos. Se postula que es debido a la fragmentación de multímetros de alta densidad de von Willebrand (vW) tras pasar por un flujo turbulento. El tiempo de obturación con adenosina difosfato-colágeno (TO ADP-C) es un test de hemostasia primaria con alta sensibilidad para detectar defectos multiméricos del vW.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (enero 2021-febrero 2022). Se analizó el TO ADP-C (valor de normalidad 117 segundos) en pacientes con FPV significativa (grado III-IV) remitidos para su reparación. Se comparó con un grupo control de pacientes con prótesis valvular sin FPV y se analizaron los cambios 3 meses tras la reparación.

Resultados: Se analizaron 27 pacientes con FPV y 12 controles (tabla). Todos los pacientes con FPV presentaron un TO ADP-C prolongado. Un TO ADP-C > 117 segundos fue predictor de FPV con una sensibilidad y especificidad del 100% (fig., A y C). En los 22 pacientes sometidos a reparación, un TO ADP-C > 171 segundos predijo FPV residual significativa (? grado II) con una sensibilidad y especificidad del 100% (fig., B y D).

Características basales

Características basales	FPV Grado III-IV (n = 27)	CONTROL (sin FPV) (n = 12)	p
Edad (años)	77,1 (62,6-80,0)	71,6 (60,96-78,0)	0,523
Sexo masculino	13 (48,2%)	9 (75,0%)	0,119

Índice de masa corporal (kg/m ²)	25,5 (22,3-30,9)	26,01 (24,0-31,2)	0,659
Diabetes mellitus	4 (14,8%)	5 (41,7%)	0,066
Insuficiencia renal (FGe 60 ml/min)	12 (44,4%)	3 (30,0%)	0,481
Fibrilación auricular	22 (81,4%)	6 (50,0%)	0,044
NYHA III-IV	23 (85,2%)	6 (50,0%)	0,043
Sangrados BARC 3-4	7 (25,9%)	0 (0,0%)	0,052
Prótesis mitrales	17 (63,0%)	5 (41,7%)	0,216
Prótesis mecánicas	17 (63,0%)	5 (41,7%)	0,216
Hemoglobina (g/dl)	10,2 (9,5-11,3)	10,9 (10,1-11,7)	0,176
Plaquetas (× 10 ⁹ /l)	186 (129-237)	235 (206-318)	0,081
Lactato deshidrogenasa (UI/l)	430 (273-734)	350,5 (273-430)	0,151
Bilirrubina total (mg/dl)	1,6 (0,9-2,1)	0,72 (0,4-0,9)	0,012
Propéptido natriurético cerebral (pg/ml)	2.868 (913-4.720)	2.594 (1.589-3.671)	0,647
FEVI 40%	4 (14,8%)	1 (8,3%)	0,506
TAPSE 15 mm	13 (48,2%)	8 (66,7%)	0,236
Presión pulmonar sistólica estimada (mmHg)	52 (45-74)	39,5 (30-47,5)	0,005

Variables cuantitativas expresadas en mediana (p25-p75) y categóricas expresadas en N (%).



Conclusiones: La prolongación del TO ADP-C discrimina correctamente pacientes con FPV y podría ser un biomarcador de gran utilidad clínica para el diagnóstico y seguimiento de la FPV.