



3. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD Y DE LAS DIFERENCIAS EN TASAS DE SANGRADO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

Miguel Hernández Hidalgo, Sergio López Tejero, Ángel Hernández Martos, Pablo José Antúnez Muiños, Gilles José Barreira de Sousa, Beatriz de Tapia Majado, Javier Martín Moreiras, Alejandro Diego Nieto, Jesús Herrero Garibi, Javier Rodríguez Collado, Pedro Luis Sánchez Fernández e Ignacio Cruz González

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda se ha convertido en una alternativa en pacientes con fibrilación auricular con indicación de anticoagulación crónica y contraindicación para la misma o eventos tromboembólicos a pesar de su uso. Su empleo en pacientes oncológicos no ha sido estudiado hasta la fecha, siendo una población de especial interés por su potencial beneficio.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico de los pacientes sometidos al procedimiento desde 2009 y hasta mayo de 2022. Se recogieron 62 variables demográficas, clínicas, del procedimiento y seguimiento. Se estratificaron los datos en función de la presencia de cáncer activo, sangrado y puntuación CHA₂DS₂-VASc. Se estudió su significación estadística mediante análisis univariable con test χ^2 o t de Student y análisis evolutivo mediante curvas Kaplan-Meier.

Resultados: De un total de 573 pacientes sometidos a cierre de orejuela, se identificó una prevalencia elevada de pacientes oncológicos (26%), con edad media de 79 años y 75% varones. El estudio descriptivo detallado aparece recogido en la tabla. El seguimiento medio fue de 26,5 meses. En la mayoría el sangrado fue la causa de indicación del cierre (86%). El éxito del procedimiento fue superior al 99%, apareciendo solo 5 complicaciones, ninguna mortal. Aunque no se objetivan diferencias significativas a 36 meses en las tasas de sangrado en el seguimiento según la actividad de la enfermedad neoplásica, se observa una tendencia a mayor sangrado si el cáncer está activo. La mortalidad global en los pacientes con cáncer activo al implante es significativamente mayor que en aquellos con enfermedad no activa (54,4 vs 30%, $p = 0,003$), sin diferencias en mortalidad cardiovascular. Se identificó mayor puntuación CHA₂DS₂-VASc en los pacientes que fallecieron en el seguimiento (4,61 vs 4,13, $p = 0,042$). La supervivencia global a 36 meses ronda el 60%.

Cierre percutáneo de orejuela izquierda en pacientes oncológicos

Cáncer	151 (26,4)
Seguimiento (meses)	26,5 ± 10,1
Edad	78,6 ± 8,2
Sexo	
Varones	113 (74,8)
Mujeres	38 (25,2)
FRCV	
Hipertensión arterial	125 (83,9)
Dislipemia	81 (54,4)
Diabetes mellitus	56 (37,6)
Tabaco	16 (10,7)
Comorbilidades	
Ictus isquémico	35 (23,5)
Ictus hemorrágico	21 (14,1)
Accidente isquémico transitorio	2 (1,3)
Tromboembolismo sistémico (no neurológico)	11 (7,4)
Enfermedad arterial periférica	21 (14,1)
Tipo de cáncer	

Próstata	29 (19,2)
Hematológico	27 (17,9)
Colon	24 (15,9)
Urológico (vejiga, urotelial, riñón)	17 (11,3)
Piel	16 (10,6)
Mama	12 (7,9)
Pulmón	8 (5,3)
Otros	18 (11,9)
Antecedentes cardiológicos	
Fibrilación auricular	104 (68,9)
<i>Flutter</i> auricular	14 (9,3)
Insuficiencia cardiaca	51 (33,8)
Cardiopatía isquémica	37 (24,5)
Disfunción ventricular (FEVI 40%)	10 (6,6)
Perfil de riesgo trombótico y hemorrágico	
CHA ₂ DS ₂ -VASc	4,3 ± 1,4
HAS-BLED	3,5 ± 0,9
Tratamiento médico previo	

Ácido acetil salicílico	23 (15,2)
Inhibidor P2Y12	10 (6,6)
Ácido acetilsalicílico + inhibidor P2Y12	2 (1,3)
Anticoagulantes dicumarínicos	40 (26,5)
Anticoagulantes de acción directa	70 (46,4)
Procedimiento	
Cáncer activo al procedimiento	79 (52,3)
Indicación del procedimiento relacionada con cáncer	42 (27,8)
Ecocardiograma transesofágico	146 (96,7)
Ecocardiograma intracardiaco	5 (3,3)
Éxito	150 (99,3)
Complicaciones procedimiento	5 (3,3)
Ictus isquémico	1(0,7)
Derrame pericárdico	2 (1,3)
Embolismo dispositivo	1 (0,7)
Embolismo aéreo	1 (0,7)
Complicaciones ingreso	12 (7,9)
Hematoma femoral	6 (4,0)

Pseudoaneurisma	6 (4,0)
Tratamiento médico posterior	
Ácido acetilsalicílico	113 (74,8)
Inhibidor P2Y12	72 (47,7)
Ácido acetil salicílico + inhibidor P2Y12	36 (23,8)
Anticoagulantes dicumarínicos	3 (2,0)
Anticoagulantes de acción directa	14 (9,3)
Sangrado	130 (86,1)
Sangrado episodios	1,5 ± 1,2
Sangrado tipo	
Digestivo	85 (65,4)
Neurológico	20 (15,4)
Uronefrológico	16 (12,3)
Osteomuscular y cutáneo	3 (2,3)
Otros	6 (4,6)
Cáncer activo	
Mortalidad global	43 (54,4)
Cáncer no activo	

Mortalidad global	21 (30,0)
p	0,003
CHA ₂ DS ₂ -VASc	
<i>Exitus</i>	4,6 ± 1,1
<i>No exitus</i>	4,1 ± 0,9
p	0,042

Las variables cuantitativas están expresadas como media ± desviación estándar. Las variables categóricas están expresadas como número (porcentajes). La significación estadística está expresada como p.



Gráficos de barras de la prevalencia muestral de cáncer, activo o no, y de sangrado. Curvas Kaplan Meier de supervivencia global y libre de sangrado.

Conclusiones: El cierre de orejuela es un procedimiento seguro y eficaz, con una elevada tasa de éxito (> 99%) y una baja tasa de complicaciones (3,3%) en un centro de alta experiencia. La supervivencia de la cohorte está influenciada por la presencia de enfermedad oncológica activa, apreciándose una tendencia a reducción de sangrados en el seguimiento. Este procedimiento puede posicionarse como una alternativa terapéutica en pacientes oncológicos, una población con alto riesgo trombótico y hemorrágico.