



6036-308. ESCALA ROPE COMO PREDICTOR DE CAUSALIDAD ENTRE ICTUS CRIPTOGÉNICO Y FORAMEN OVAL PERMEABLE, ¿ES SUFICIENTE?

Lucía Carnero Montoro¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Mónica Delgado Ortega¹, Ana María Rodríguez Almodóvar¹, Nick Paredes Hurtado¹, Jesús Oneto Fernández¹, Rafael González Manzanares¹, Cristina Pericet Rodríguez¹, José M. Segura Saint-Gerons¹, Francisco Mazuelos Bellido¹, Juan de Dios Ochoa Sepúlveda², Roberto Valverde Moyano², Miguel A. Romero Moreno¹, Manuel Pan Álvarez-Osorio¹ y María Dolores Mesa Rubio¹, del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Neurología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de foramen oval permeable (FOP) en la población general es elevada (25%). En pacientes con ictus criptogénico (IC) y FOP, determinar si este es la causa del ictus o es un hallazgo incidental es controvertido. La escala RoPE fue diseñada en 2013 para predecir el riesgo de causalidad del FOP ante un IC. A mayor puntuación, mayor riesgo, considerándose 6 el punto de corte. Esta escala incluye variables clínicas, pero no características ecocardiográficas del FOP que se usaron como criterios de inclusión en los estudios que han demostrado beneficio del cierre percutáneo del mismo, como la anatomía compleja del FOP (AC-FOP) (paso amplio de burbujas de forma basal o aneurisma del septo interauricular). Nuestro objetivo fue investigar la asociación de la escala RoPE con la recidiva de ictus en pacientes con IC y FOP cerrado percutáneamente en un tiempo previo a las recomendaciones actuales, así como describir la presencia de AC-FOP y su relación con la escala.

Métodos: Se analizaron 172 pacientes consecutivos con IC y cierre percutáneo de FOP, desde enero de 2001 hasta noviembre de 2014 en un solo centro y se calculó la escala RoPE de forma retrospectiva en cada paciente. Se estimó la presencia de AC-FOP por ecocardiografía, la tasa de recidiva de ictus y las relaciones de ambas variables con la puntuación de la escala RoPE.

Resultados: De los 172 pacientes, fue posible calcular la escala RoPE en 150 (87%). La edad media fue 46 años y el 60% eran mujeres. Un 21% tenían hipertensión arterial, 6% eran diabéticos y 27% fumadores. El 3% tenía antecedente de ictus/accidente cerebrovascular (ACV) y el 11% tenía un estudio de imagen con infarto cortical. El 69% tenía una puntuación RoPE ≥ 6 . Un 66% de los pacientes presentaron AC-FOP, sin diferencias significativas entre aquellos con puntuación RoPE ≥ 6 y < 6 (65 frente a 70%, $p = 0,62$). No se observaron complicaciones agudas (mortalidad, taponamiento cardíaco, ACV, embolia del dispositivo) relacionadas con el cierre del FOP. Tras 17,5 años de seguimiento máximo, 6 pacientes presentaron un ACV. La tasa de recidiva de ictus fue muy baja en ambos grupos, tanto en pacientes con puntuación RoPE ≥ 6 como < 6 (0,4 frente a 0,5 por 100 pacientes/año, $p = 0,87$).

Conclusiones: En nuestro centro, previo a las recomendaciones actuales de cierre de FOP asociado a IC, la mayoría de los pacientes tenían una puntuación RoPE ≥ 6 . La presencia de AC-FOP fue elevada y la incidencia de recidiva de ictus, muy baja, independientemente de la puntuación de la puntuación RoPE.