Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 864

Revista Española de Cardiología

6029-328. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: UN RETO DIFÍCIL EN PACIENTES CON ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Daniele Gemma[1], Guillermo Galeote García[1], Raúl Moreno Gómez[1], Javier de Juan Bagudá[2], Natalia Lorenzo Muñoz[3], Ignacio Plaza Pérez[2], Teresa López Fernández[1] y José Luis López Sendón[1] del [1]Hospital Universitario La Paz, Madrid, [2]Hospital Infanta Sofía, Madrid y [3]Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La contraindicación para la anticoagulación oral (ACO) es la principal indicación para el cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI). Esto implica un importante reto a la hora de decidir el tratamiento antitrombótico óptimo tras el implante del dispositivo, que impida la trombosis del mismo sin aumentar el riesgo de sangrado. Sin embargo la evidencia científica es muy limitada acerca de la pauta de tratamiento antitrombótico óptimo post-CPOI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes con fibrilación auricular sometidos en nuestro centro a CPOI por contraindicación para ACO, entre mayo 2011 y abril 2015. Se definió sangrado mayor cualquier sangrado intracraneal, descenso de la Hb ? 2 g/L y/o necesidad de transfusión, y sangrado menor cualquier otro tipo de sangrado.

Resultados: Se incluyeron a 18 pacientes (89% varones; edad media 75 años, HAS-BLED 4). Se utilizó el dispositivo Amplatzer Cardiac Plug en 12 casos y el Amplatzer Amulet en 6. Se realizó por lo menos un ecocardiograma transesofágico en los primeros 6 meses tras implante en 14 pacientes (78%) y la media de seguimiento fue de 20 meses. El tratamiento al alta tras CPOI fue el siguiente: 12 pacientes (66,6%) con doble antiagregación (DAPT), 3 (16,7%) con antiagregación simple, 3 (16,7%) con anticoagulación (1 con sintrom y 2 con apixaban durante 3 meses). Hubo un ictus intraprocedimiento en un paciente con trombo previo en la OI. No se observó ninguna trombosis del dispositivo. Durante el seguimiento se registraron 5 sangrados (28%, 3 mayores y 2 menores), de los cuales 4 el primer año, con una tasa anual de sangrado mayor en el primer año superior a la prevista según el *score* HAS-BLED (11,1% frente a 8,9%). 2 sangrados mayores ocurrieron en los primeros 3 meses tras CPOI bajo tratamiento con DAPT, mientras los 2 sangrados menores ocurrieron bajo tratamiento con un solo antiagregante (tabla). No se observaron sangrados con anticoagulación. El único parámetro que se asoció a sangrado mayor fue el tratamiento al alta con DAPT (p = 0,001). El tipo de tratamiento al alta sin embargo no se asoció a trombosis del dispositivo ni a eventos embólicos.

Sangrados mayores y menores

	Tipo de sangrado	Edad	Sexo	HAS-BLED	Tiempo desde intervención (meses)	Tratamiento antitrombótico
Sangrado mayor	Varices esofágicas (*exitus*)	82	Varón	5	30	Nada
	Intracraneal (*exitus*)	65	Varón	5	2	Adiro 100 + Clopidogrel 75
	Intestinal (transfusiones)	74	Varón	4	1	Adiro 100 + Clopidogrel 75
Sangrado menor	Hematuria	77	Varón	5	9	Adiro 100
	Epistaxis	93	Mujer	3	6	Adiro 100

Conclusiones: En nuestra serie la DAPT tras CPOI se asoció a una alta tasa de complicaciones hemorrágicas. No tuvimos trombosis del dispositivo. Es necesario realizar más estudios para encontrar la pauta antitrombótica más adecuada posimplante.