



## 5010-5. PREVALENCIA DE TROMBO EN OREJUELA IZQUIERDA Y ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS EN PACIENTES CORRECTAMENTE ANTICOAGULADOS SOMETIDOS A ETE PREVIO A PROCEDIMIENTO DE ABLACIÓN

María Castellanos Alcalde, Íñigo Pereiro Lili, Alain García Olea, Amaia Lambarri Izaguirre, Roberto Candina Urizar, Koldo Ugedo Alzaga, Uxue Idiazabal Rodríguez, Ana Ruiz Rodríguez, Larraitz Gaztañaga Arantzamendi, Haritz Arrizabalaga Aróstegi, Estíbaliz Zamarreño Golvano, Jesús Daniel Martínez Alday, Lara Ruiz Gómez, José Miguel Ormaetxe Merodio y M. Fe Arcocha Torres

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Se conoce que una correcta anticoagulación disminuye el riesgo de embolia en el seno de la fibrilación y el *flutter* auricular (FA). No obstante, en la práctica clínica observamos que pacientes correctamente anticoagulados tienen trombo en la orejuela izquierda (OI). El objetivo de este estudio es ver qué variables se asocian a la presencia de trombo en pacientes correctamente anticoagulados que van a ser sometidos a un procedimiento electrofisiológico.

**Métodos:** Analizamos de forma retrospectiva pacientes de nuestro centro entre el 6/4/21 y el 6/4/22, a los que se les realizaba un ecocardiograma transesofágico (ETE) previo a la realización de un procedimiento de ablación de *flutter* o FA (paroxística o persistente) y que estuvieran correctamente anticoagulados en el momento del ETE. Se excluyeron aquellos pacientes que no llevaran al menos 3 semanas adecuadamente anticoagulados. Se recogieron variables de las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS-BLED, parámetros ecocardiográficos, grado de enfermedad renal (ERC), tipo de anticoagulante y el motivo de la ablación (FA/*Flutter* paroxístico/persistente).

**Resultados:** Se obtuvieron 74 pacientes, de los cuales 9 (12,2%) presentaban trombo en OI mediante ETE. En 4 de ellos se realizó TAC sincronizado en el plazo de 4 días, descartándose trombo en 3 de ellos. Obtuvimos, por lo tanto, 6 pacientes con trombo en OI frente a 68 pacientes sin trombo. No hubo diferencias significativas en las variables basales de ambos grupos: edad media 63 años, desviación estándar (DE): 8,4 vs 63 años, DE: 7,8; sexo 33% mujer vs 26%). Obtuvimos diferencias significativas tanto en la puntuación HAS-BLED como del CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC, ambas más altas en el grupo con trombo, y mayor presencia de vasculopatía (tabla). Se observó una tendencia a mayor presencia de insuficiencia cardiaca (IC), hipertensión arterial (HTA) y ERC? grado 3 sin diferencias significativas.

Variables analizadas en el estudio

Trombo si: 6 pacientes (8,1%)	Trombo no: 68 pacientes (91,9%)	p
-------------------------------	---------------------------------	---

	FA paroxística 0 (0%)	FA paroxística 11 (16,2%)	
	FA persistente 4 (66,7%)	FA persistente 35 (51,5%)	
Motivo de ablación, n (%)			0,614
	<i>Flutter</i> paroxístico 0 (0%)	<i>Flutter</i> paroxístico 5 (7,4%)	
	<i>Flutter</i> persistente 2 (33,3%)	<i>Flutter</i> persistente 17 (25%)	
	Sí 5 (83,3%)	Sí 33 (48,5%)	
Insuficiencia cardiaca, n (%)			0,102
	No 1 (16,7%)	No 35 (51,5%)	
	Sí 5 (83,3%)	Sí 35 (51,5%)	
HTA, n (%)			0,133
	No 1 (16,7%)	No 33 (48,5%)	
	Sí 1 (16,7%)	Sí 8 (11,8%)	
DM, n (%)			0,725
	No 5 (83,3%)	No 60 (88,2%)	
	Sí 3 (50%)	Sí 8 (11,8%)	
Vasculopatía, n (%)			0,012
	No 3 (50%)	No 60 (88,2%)	
	Sí 2 (33,3%)	Sí 7 (10,3%)	
Enfermedad renal crónica, n (%)			0,098
	No 4 (66,7%)	No 61 (89,7%)	
	Sí 1 (16,7%)	Sí 3 (4,4%)	
Hepatopatía, n (%)			0,203
	No 5 (83,3%)	No 65 (95,6%)	
	Sí 2 (33,3%)	Sí 11 (16,2%)	
Ictus previo, n (%)			0,29
	No 4 (66,7%)	No 57 (83,8%)	

Sangrado previo, n (%)	Sí 1 (16,7%)	Sí 7 (10,3%)	0,63
	No 5 (83,3%)	No 61 (89,7%)	
Antiagregación, n (%)	Sí 0 (0%)	Sí 1 (1,5%)	0,765
	No 6 (100%)	No 67 (98,5%)	
Alcohol, n (%)	Sí 0 (0%)	Sí 4 (5,9%)	0,541
	No 6 (100%)	No 64 (94,1%)	
Anticoagulante, n (%)	Acenocumarol 1 (16,7%)	Acenocumarol 24 (35,3%)	0,355
	ACOD 5 (83,3%)	ACOD 44 (64,7%)	
CHA2DS2-VASc, media (DE)	4,17 (1,52)	2,34 (1,52)	0,003
HAS-BLED, media (DE)	2,83 (1,32)	1,51 (1,11)	0,004
	> 55% 1 (16,7%)	> 55% 28 (41,2%)	
FEVI	52-55% 0 (0%)	52-55% 5 (7,4%)	0,683
	40-52% 3 (50%)	40-52% 17 (25%)	
	30-40% 1 (16,7%)	30-40% 10 (14,7%)	
	30% 1 (16,7%)	30% 6 (8,8%)	
	Desconocida 0 (0%)	Desconocida 2 (2,9%)	
Prótesis valvular, n (%)	Sí 1 (16,7%)	Sí 3 (4,5%)	0,215
	No 5 (83,3%)	No 63 (95,5%)	

Estenosis mitral, n (%)	Sí 0 (0%)	Sí 2 (3%)	0,665
	No 6 (100%)	No 64 (97%)	
Insuficiencia mitral n (%)	No 3 (50%)	No 23 (34,8%)	0,801
	Leve 1 (16,7%)	Leve 18 (27,3%)	
	Moderada 1 (16,7%)	Moderada 18 (27,3%)	
	Grave 1 (16,7%)	Grave 7 (10,6%)	
	Normal 1 (16,7%)	Normal 8 (12,1%)	
Tamaño aurícula izquierda, n (%)	Levemente dilatada 1 (16,7%)	Levemente dilatada 26 (39,4%)	0,283
	Moderadamente dilatada 2 (33,3%)	Moderadamente dilatada 26 (39,4%)	
	Gravemente dilatada 2 (33,3%)	Gravemente dilatada 6 (9,1%)	

Se observan las variables analizadas en el estudio. Para variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student y para variables cualitativas la chi-cuadrado.

**Conclusiones:** En nuestra muestra se vio que a mayor puntuación tanto en escalas de riesgo embólico como hemorrágico, mayor presencia de trombo a pesar de una correcta anticoagulación, por lo que podría sugerir la necesidad de mayor precaución en estos pacientes. Además, cabe destacar la utilidad del TAC como estudio previo al procedimiento en estos pacientes, que podría ahorrar tiempo a la hora de realizar el procedimiento, al evitar la espera hasta nuevo ETE, a la vez que valora la anatomía de las venas pulmonares.