



6058-2. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Sara Blasco-Turrión¹, José Raúl Delgado Arana¹, Ignacio Cruz-González², Hipólito Gutiérrez¹, Ignacio García-Bolao³, Xavier Millán⁴, Luis Nombela-Franco⁵, Juan Miguel Ruiz-Nodar⁶, Mohsen Mohandes Yusefian⁷, Itziar Gómez-Salvador¹, Jorge Palazuelos Molinero⁸, Francisco Torres Saura⁹, José Alberto San Román Calvar¹ y Ignacio J. Amat Santos¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ²Hospital Universitario de Salamanca, ³Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁶Hospital General Universitario de Alicante, ⁷Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, ⁸Hospital Central de la Defensa, Madrid y ⁹Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con amiloidosis cardiaca por transtirretina (AC-ATTR) presentan alta tasa de fibrilación auricular con elevado riesgo hemorrágico y trombótico. Sin embargo, el cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) no ha sido estudiado en este contexto, por lo que nos propusimos comparar los resultados del CPOI en pacientes con AC-ATTR con aquellos sin amiloidosis cardiaca (AC).

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se compararon los resultados a corto y largo plazo del CPOI en pacientes con AC-ATTR y pacientes sin AC evaluando la tasa de complicaciones y la mortalidad a 2 y 5 años.

Resultados: Se incluyeron 1.159 pacientes sometidos a CPOI por contraindicación para anticoagulación en 11 centros españoles entre diciembre 2009 y diciembre 2020, de los que el 3,5% presentaban AC-ATTR. Los sujetos de este grupo eran de mayor edad ($83,1 \pm 4,9$ vs $75,9 \pm 8,2$ años, $p < 0,001$), con mayor HAS-BLED (4 vs 3,5 $p = 0,001$) y CHA2DS-VASc (5,2 vs 4,3; $p < 0,001$) y peor FEVI ($46,8 \pm 8,7$ vs $58,5 \pm 10,5\%$, $p < 0,001$). El éxito del procedimiento se produjo en el 98,1% de los pacientes sin diferencias entre grupos ni en el tipo de dispositivo empleado. La mayoría recibió tratamiento monoantiagregante (55 vs 75%), ningún sujeto AC-ATTR recibió doble antiagregación (vs. 6,2% en el grupo control) y 30% no recibió tratamiento antitrombótico (vs. 6,6% del grupo control). No hubo diferencias significativas durante el seguimiento con relación aictus isquémico (5 vs 2,5% $p = 0,283$) o hemorrágico (2,5 vs 0,8% $p = 0,284$), ni en sangrado mayor (7,5 vs 7,2% $p = 0,999$). La mortalidad intrahospitalaria fue similar en ambos grupos (0 vs 0,5%, $p = 0,999$), algo mayor en el grupo ATTR-CA a los 2 años, sin diferencias significativas (20 vs 13,6% $p = 0,248$), y significativamente mayor a 5 años en el grupo AC-ATTR (40 vs 19,2% $p < 0,001$), sin diferencias en cuanto al tiempo desde el diagnóstico ni en las causas frente al grupo control. La presencia de AC-ATTR no fue un predictor independiente de mortalidad a 2 años (tabla).

Predictores de mortalidad a 2 años

| Variables | Univariado | | Multivariado | |
|--------------------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | HR (IC95%) | p | HR (IC95%) | p |
| Amiloidosis | 1,289 (0,633-2,624) | 0,484 | 0,714 (0,355-1,522) | 0,382 |
| Edad | 1,034 (1,012-1,056) | 0,002 | 1,025 (1,000-1,050) | 0,051 |
| Diabetes | 1,803 (1,320-2,462) | 0,001 | 1,527 (1,083-2,152) | 0,016 |
| Antecedente de enfermedad coronaria | 1,420 (1,011-1,994) | 0,043 | | |
| Antecedente de ictus isquémico | 0,464 (0,302-0,714) | 0,001 | 0,522 (0,333-0,820) | 0,005 |
| Enfermedad renal crónica | 2,545 (1,836-3,526) | 0,001 | 2,186 (1,523-3,138) | 0,001 |
| Enfermedad hepática | 1,903 (1,189-3,045) | 0,007 | 1,720 (1,020-2,901) | 0,042 |
| FEVI | 0,977 (0,963-0,992) | 0,003 | 0,982 (0,966-0,998) | 0,028 |
| CHADS ₂ -VAS _C | 1,114 (1,004-1,236) | 0,041 | | |
| Sangrado mayor durante el ingreso | 2,358 (1,043-5,330) | 0,039 | | |

Conclusiones: El CPOI es un procedimiento viable y seguro en pacientes con AC, siendo una alternativa para prevenir complicaciones hemorrágicas y eventos cerebrovasculares sin aumentar la tasa de complicaciones. Aunque a largo plazo la mortalidad fue mayor en el grupo AC-ATTR, a los 2 años de seguimiento fue similar a aquellos sin AC, lo que sugiere que el CPOI no es fútil en pacientes con AC-ATTR.