



7. PRONÓSTICO CLÍNICO DE LA DETECCIÓN DEL TROMBO INTRAVENTRICULAR DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA NO ISQUÉMICA

Pau Vilardell Rigau¹, Carlos Soler Soler², Sergio Moral Torres¹, Marc Abulí Lluch¹, Helena Resta Saurí¹, Xavier Albert Bertran¹, Daniel Bosch Portell¹ y Ramón Brugada Terradellas¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España y ²Facultad de Medicina. Universitat de Girona, Girona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La formación de trombo intraventricular postinfarto anterior se relaciona con un peor pronóstico clínico durante el ingreso hospitalario. Sin embargo, se desconoce cuál es el significado clínico de la detección de trombo intraventricular en cardiopatías no isquémicas durante un ingreso hospitalario. **Objetivos:** determinar el pronóstico de la detección de trombo intraventricular en cardiopatías no isquémicas y compararlo con una cohorte de trombo postinfarto anterior agudo.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con trombo intraventricular detectados en un hospital universitario entre 2008-2022. La detección del trombo intraventricular se realizó mediante ecocardiografía durante el ingreso hospitalario índice. Se registró la aparición de fenómenos embólicos al sistema nervioso central, así como la hemorragia a partir del inicio del tratamiento anticoagulante en un periodo de seguimiento de 12 meses.

Resultados: De los 174 pacientes incluidos (edad media 63 ± 12 años), el 7,5% ($n = 13$) eran trombos en cardiopatías no isquémicas. El grupo no isquémico presentaba menor género masculino (54 vs 80%; $p = 0,027$), mayor antecedente de neoplasia previa (23 vs 6%, $p = 0,017$) y menor función ventricular (43 vs 31%, $p = 0,01$) respecto al trombo intraventricular postinfarto, sin mostrarse otras diferencias en las características basales (tabla). El grupo no isquémico se trató con acenocumarol + clopidogrel ($n = 5$) o anticoagulación sola (acenocumarol ($n = 6$) o apixabán ($n = 2$)) a diferencia del grupo de trombo postinfarto que recibió un 64% ($n = 103$) triple terapia (anticoagulación más dos antiagregantes) con una media de 3 meses de duración. No se observaron diferencias significativas en la morfología del trombo (protruyente, 66 vs 77%; $p = 0,44$) ni en el diámetro mayor del trombo (15 vs 14 mm). Asimismo, el grupo no isquémico mostró mayor incidencia de ictus cardioembólico (38 vs 13%, $p = 0,013$) sin registrarse diferencias en mortalidad intrahospitalaria, hemorragia y estancia hospitalaria.

Características basales y eventos de la cohorte

Isquémico ($n = 161$)	No isquémico ($n = 13$)	p
-------------------------	---------------------------	---

Género (hombre, %)	129 (80)	7 (54)	0,027
Edad (años)	63 ± 12	62 ± 10	0,40
Tabaquismo (%)	39 (43)	1 (8)	0,17
Hipertensión arterial (%)	64 (52)	4 (31)	0,52
Dislipemia (%)	54 (44)	4 (31)	0,84
Diabetes mellitus tipo 2 (%)	34 (27)	2 (15)	0,41
Cardiopatía isquémica crónica previa (%)	30 (24)	0 (0)	0,01
Hemodiálisis (%)	6 (5)	1 (8)	0,48
Fibrilación auricular (%)	15 (9)	1 (8)	0,85
Neoplasia (%)	9 (6)	3 (23)	0,017
Anticoagulación (%)	126 (78)	13 (100)	0,23
Triple terapia (%)	100 (62)	0 (0)	0,01
Función ventricular (%)	43 ± 10	31 ± 13	0,01
Trombo protruyente (%)	107 (66)	10 (77)	0,44
Muerte intrahospitalaria (%)	7 (4)	1 (8)	0,38
Sangrado (%)	13 (8)	1 (8)	0,96
Embolia sistémica (%)	4 (2)	1 (8)	0,28
Ictus (%)	21 (13)	5 (38)	0,013

Estancia hospitalaria (días)	8 ± 7	11 ± 18	0,13
------------------------------	-----------	-------------	------

Conclusiones: La detección de trombo intraventricular en cardiopatías no isquémicas condiciona el pronóstico clínico, incluso más que en los pacientes con trombo intraventricular postinfarto anterior agudo en nuestra serie. Se debería replantear el manejo en estos escenarios clínicos para mejorar su pronóstico.