



6001-690. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR DE ALTO RIESGO EMBOLÍGENO

Noelia Urueña Martínez, Maximiliano Amado Escañuela, Ana Serrador Frutos, Federico Gimeno de Carlos, Roman Arnold, Benigno Ramos López, Ernesto del Amo Hernández y José Alberto San Román Calvar del Instituto de Ciencias del Corazón, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid.

Resumen

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una causa frecuente de accidente cerebrovascular (ACV) y la necesidad de anticoagulación es indiscutible cuando el riesgo de eventos embólicos calculado por el score CHADS₂-VAS es = 2. Sin embargo, existen pacientes que presentan una contraindicación absoluta para el tratamiento anticoagulante, debiendo ser considerados para el cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI). Nuestro objetivo es demostrar la seguridad y factibilidad del CPOI en pacientes con FA no valvular de alto riesgo embólico y contraindicación de anticoagulación oral.

Métodos: Se realizó CPOI con dispositivo Amplatzer cardiac plug[®] en 15 pacientes (p) con una edad media de $72,6 \pm 6,7$ años y antecedentes de ACV previo. El 60% tenían antecedentes de FA. El CHADS-VASc score medio fue de $4,2 \pm 1,2$ y el riesgo hemorrágico calculado por HAS-BLED score fue de $3,3 \pm 0,6$. Los motivos de contraindicación del tratamiento anticoagulante fueron: hemorragia digestiva (4 p), hemorragia cerebral (9 p), cavernoma frontal (1 p) y epistaxis masiva (1 p); el 67% presentó hemorragia durante el tratamiento con acenocumarol.

Resultados: Las complicaciones periprocedimiento fueron: un ACV isquémico sin secuelas neurológicas, dos derrames pericárdicos (uno tras punción septal, otro por perforación de orejuela) resueltos sin interrupción del procedimiento y un infarto agudo de miocardio. Se logró el implante del dispositivo en todos los pacientes. El tiempo medio de ingreso fue de $3,9 \pm 1,8$ días, sin exitus durante el mismo. Al mes se observó exclusión completa de la orejuela en el 80% (3 pacientes con mínimo flujo interior) y el 100% libre de trombos adheridos. A los seis meses exclusión completa sin trombos en el 100%. Durante el seguimiento (media 48 meses) dos pacientes, con enfermedad carotídea grave, presentaron un accidente isquémico cerebral; un paciente, sin enfermedad carotídea, falleció por ACV y un paciente presentó hemorragia cerebelosa por crisis hipertensiva.

Conclusiones: El CPOI es factible y seguro en pacientes con FA no valvular y alto riesgo embólico con contraindicación de anticoagulación oral. Y además podría reducir el riesgo de eventos isquémicos cerebrales en pacientes con CHADS-VASc elevado.