



5013-7. INCIDENCIA Y CRONOLOGÍA DE TROMBOSIS DE DISPOSITIVO OCLUSOR DE OREJUELA IZQUIERDA EN EL SEGUIMIENTO ECOCARDIOGRÁFICO

Inmaculada Gómez Sánchez, Ana María Martínez Carapeto, Juan Manuel Nogales Asensio, Reyes González Fernández, M. Victoria Millán Núñez, M. Eugenia Fuentes Cañamero, Antonio Merchán Herrera y José Ramón López-Mínguez, del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: La trombosis asociada a dispositivo (TAD) de cierre de orejuela izquierda es poco frecuente, con una incidencia media del 3,9% en las series que suelen realizar un solo control de ecocardiograma transesofágico (ETE) entre 1-3 meses después del implante. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia real de TAD en nuestro centro con controles más frecuentes y compararla con la que se comunicaría si solo se hicieran los controles de la literatura.

Métodos: Analizamos los 142 pacientes consecutivos en los que se realizó con éxito cierre percutáneo de orejuela izquierda en nuestro centro. Se implantaron 44 dispositivos ACP y 98 Amulet. Todos los casos fueron realizados por un mismo operador con ETE durante el procedimiento. Se realizó ETE de control a las 24-48 horas en el 97,2% de los pacientes, al mes en el 81%, a los 3-6 meses en el 73,9%, al año en el 64,8% y más allá del año en el 35,2%.

Resultados: La edad media fue $75,6 \pm 8,4$ años y el 43,7% fueron mujeres. Presentaban $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ $4,4 \pm 1,6$ puntos y HAS-BLED $3,6 \pm 1,2$ puntos. En 18 pacientes (12,7%) hubo que realizar cambio de dispositivo durante el implante. Hubo 15 casos de TAD en 14 pacientes (9,9%), detectándose 5 trombosis agudas (en las primeras 24 horas tras el implante), 4 al mes, 1 a los 3 meses, 2 a los 6 meses y 3 trombosis tardías (tras 12 meses). Diferenciando por tipo de dispositivo, hubo una incidencia del 18,2% con ACP frente al 6,1% con Amulet ($p 0,035$). Las características clínicas así como la cronología, tratamiento y evolución de los casos de TAD se muestran en la tabla. No encontramos asociación entre ninguna variable basal, incluidas variables relacionadas con la complejidad del procedimiento (cantidad de contraste, tiempo de escopia, necesidad de cambio de dispositivo...), con la incidencia de TAD. Se realizó un seguimiento clínico (media de seguimiento 37,5 meses) de todos los pacientes. La tasa de ictus/AIT en el seguimiento fue mayor entre aquellos pacientes que desarrollaron TAD (3,16 frente a 2,16 por 100 pacientes-año; HR 1,5; $p = 0,335$).

Casos de TAD ordenados según cronología de aparición desde el implante

Sexo	Edad (años)	Dispositivo	Tamaño dispositivo	Tamaño trombo/localización	Tiempo TAD	Tratamiento	Evolución TAD	Ictu seg (me
------	-------------	-------------	--------------------	----------------------------	------------	-------------	---------------	--------------

Paciente 1	Femenino	75,1	Amulet	20	12 × 6 mm/Posterosuperior	24 h	HBPM	Desaparición trombo	No
Paciente 2	Masculino	84,6	Amulet	22	2 × 3 mm/Posterosuperior	24 h	HBPM	Disminución tamaño	No
Paciente 3	Masculino	73,8	Amulet	22	18 × 8 mm × Posteroinferior	24 h	HBPM	Desaparición trombo	No
Paciente 4	Masculino	68,9	Amulet	22	3 mm/Lateral	24 h	ACOD		No
Paciente 5	Femenino	76,2	ACP	26	14 × 9 mm/Posterosuperior	24 h; recurrencia a los 6 meses	HBPM	Desaparición trombo	No
Paciente 6	Masculino	79,7	ACP	22	Laminar	24 h; recurrencia tardía	HBPM + Doble antiagregación plaquetaria	Trombo crónico organizado	No
Paciente 7	Masculino	63,3	ACP	24	Laminar	1 mes	Doble antiagregación plaquetaria	Desaparición trombo	No
Paciente 8	Masculino	84,8	ACP	22	10 mm/Posterior	1 mes	HBPM + ácido acetilsalicílico	Desaparición trombo	Sí/4
Paciente 9	Femenino	76,7	ACP	24	31 × 25 mm/Laminar cno elementos móviles	1 mes	Heparina sódica y posteriormente acenocumarol	Disminución tamaño	Sí/6
Paciente 10	Femenino	80,3	Amulet	25	19 × 10 mm/Posterosuperior	1 mes	HBPM	Disminución tamaño	No
Paciente 11	Femenino	74,1	ACP	26	5 mm/Central	3 meses	HBPM	Desaparición trombo	No

Paciente 12	Femenino	83,8	Amulet	28	Posterosuperior	6 meses	HBPM y posteriormente ACOD	Disminución tamaño	No
Paciente 13	Masculino	61,4	ACP	22	Posterosuperior	12 meses	HBPM y ácido acetilsalicílico	Sin cambios	No
Paciente 14	Masculino	79,2	ACP	26	18 × 7 mm/Central	Tardía	HBPM	Desaparición trombo	No

TAD: trombosis asociada al dispositivo; HBPM: heparina de bajo peso molecular; ACOD: anticoagulante oral de acción directa.

Conclusiones: La incidencia de TAD en nuestro centro entre 1-3 meses es 3,52%, similar a la de la literatura, pero superior en total al incluir más periodos de control con ETE y a largo plazo (más allá de los 3 meses). Aunque habitualmente las TAD cursan asintomáticas, no está clara su repercusión clínica, ya que, como se ve en nuestra muestra, se asocia con una tendencia a mayor tasa de ictus.