



5021-6. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA COMO ALTERNATIVA A LA TRIPLE TERAPIA EN PACIENTES CON ICTUS Y ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA: UNA NUEVA INDICACIÓN PARA EL CIERRE DE OREJUELA

Fabián Blanco Fernández¹, Jean Carlos Núñez García¹, Blanca Trejo Velasco², Rocío González Ferreiro¹, Alba Cruz Galbán¹, Milena Antúnez Ballesteros¹, Mónica García Monsalvo¹, Laura Redondo Robles¹, Marta Alonso Fernández de Gatta¹, Alejandro Diego Nieto¹, Javier Martín Moreiras¹, Jesús Herrero Garibí¹, Javier Rodríguez Collado¹, Pedro Luis Sánchez Fernández¹ e Ignacio Cruz González¹

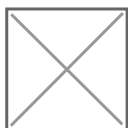
¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La asociación de FA y estenosis arterial carotídea significativa es frecuente en pacientes con ictus, siendo el implante de *stent* carotídeo (ISC) una alternativa en pacientes con alto riesgo. Sin embargo, el ISC implica el uso de triple terapia (TAT) con el consiguiente aumento del riesgo hemorrágico. El cierre percutáneo de orejuela izquierda (COI) podría ser una alternativa a la anticoagulación oral (ACO) en estos pacientes para reducir el riesgo hemorrágico. Esta nueva indicación de COI todavía no ha sido explorada, en nuestro conocimiento nuestro centro es el único que ha reportado la experiencia inicial con esta indicación.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, de pacientes con FA, ictus e ISC, derivados para COI con el fin de evitar TAT (pacientes sin hemorragia previa). Se describen las variables relevantes y se compara con la cohorte de pacientes con indicación habitual no-ISC.

Resultados: De 01/2019 a 03/2021, se realizaron 11 pacientes con las características de estudio (100% varones), de un total de 470 (06/2019 a 03/2021). La edad media fue 78 ± 7 años con una alta tasa de FRCV y CHA₂DS₂-VASc $4,8 \pm 1,1$, aunque similar a la cohorte de pacientes no-ISC (tabla), a diferencia del HAS-BLED que fue significativamente menor ($2,9 \pm 1$ vs $3,8 \pm 1$; $p 0,001$), probablemente por tratarse de pacientes sin hemorragia previa. En la mayoría el tipo de FA fue paroxística (63 vs 30% $p 0,049$) y no se encontraron diferencias en variables ecocardiográficas. Todos los pacientes con COI-ISC fueron realizados de forma exitosa con sedación superficial y sonda microETE favoreciendo el alta el mismo día del procedimiento en 9/11. El COI fue realizado durante el ingreso por ictus/ISC, excepto en 1 paciente, el día 30 post-ISC. Los dispositivos utilizados fueron Watchman (4), Lambre (4) y Amulet (3). No se registraron complicaciones y el uso de contraste fue menor en probable relación con una cohorte de pacientes con COI-ISC más contemporánea. Tras un seguimiento de 315 ± 206 días en pacientes con COI-ISC, no se registraron ictus, trombos peridispositivo ni hemorragias mayores. Una muerte relacionada con el evento índice (ictus) el día 37 post-COI.



Cierre de orejuela izquierda en stent carotídeo.

Conclusiones: En nuestro centro, el COI es una alternativa segura y eficaz a la TAT en pacientes con ictus e ISC. Esta nueva indicación para el COI necesita de estudios a mayor escala para asentar su eficacia.