



1232 - HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA ¿CUÁNDO HACERLO?

D. González Calle¹, A.E. Laffond², P.L. Sánchez Fernández² y M. Sánchez Ledesma³

¹Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. ²Servicio de Cardiología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Salamanca. Salamanca.

Resumen

Objetivos: EL cierre percutáneo de orejuela izquierda se ha convertido en una gran alternativa terapéutica para los pacientes con hemorragia intracraneal e indicación de anticoagulación permanente. Uno de los puntos que mayor interés suscita por su impacto clínico en el día a día de estos pacientes es el momento de realizar el cierre del apéndice tras un evento hemorrágico: una mayor dilación conlleva asumir posibles eventos embólicos en pacientes con indicación de anticoagulación y que no reciben la misma, en cambio, el cierre precoz y el empleo de anticoagulación durante el procedimiento y antiagregación posteriormente podría incrementar el riesgo de resangrado.

Métodos: Análisis retrospectivo de los cierres percutáneo de orejuela izquierda realizado en nuestro centro entre los años 2013 y 2018 (91 casos) ante hemorragia intracraneal. Se dividió la muestra en cierre precoz (tiempo desde la HIC al cierre menor de 90 días) y tardío (mayor de 90 días), siguiendo con alguna de las recomendaciones más extendidas a día de hoy que recomiendan reiniciar la anticoagulación entre los 2-3 meses tras el sangrado (en función del riesgo beneficio).

Resultados: Poblaciones comparables en cuanto a FRCV, tratamiento previo y tratamiento al alta (sin diferencias estadísticas). Se realizó seguimiento medio próximo a 40 meses, sin encontrarse diferencias en mortalidad (8,6% en grupo precoz y 12,5% en el tardío) ni eventos embólicos (1 en el grupo precoz y 2 en el tardío) o sangrados (un único evento en el grupo tardío). A su vez destacar que no existieron complicaciones durante el procedimiento en el grupo precoz ni tampoco durante la hospitalización.

| Variabes | Precoz (< 90 días) | Tardío (> 90 días) | Sig. |
|-------------|--------------------|--------------------|------|
| Pacientes | 35 | 56 | N.S |
| Edad (años) | 79 ± 6,9 | | N.S |
| Varones | 51% | 50% | N.S |
| HTA | 88% | 89% | N.S |
| Dislipemia | 45,7% | 53,6% | N.S |
| Diabetes | 25,6% | 39% | N.S |
| CHADS2VASC | 5 ± 1,2 | | N.S |

| | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----|
| HASBLED | 3,9 ± 0,8 | | N.S |
| FA paroxística | 29,3% | 34,5% | N.S |
| FA permanente | 71% | 63,5% | N.S |
| Tasa de éxito del procedimiento% | 100% | 95% | N.S |
| Tiempo del procedimiento (min) | 76 ± 34 | 81 ± 41 | N.S |
| Taponamiento procedimiento | 0 | 1 (1,7%) | N.S |
| Embolización dispositivo | 0 | 0 | N.S |
| Cierre incompleto | 1 (3,6%) | 1 (1,7%) | N.S |
| Stroke procedimiento | 0 | 0 | N.S |
| Tiempo de seguimiento | 40,9 ± 21 meses | 38,8 ± 18 meses | N.S |
| Mortalidad total | 8,6% | 12,5% | N.S |

Conclusiones: El cierre percutáneo de orejuela izquierda ha demostrado su utilidad en la hemorragia intracerebral con indicación de anticoagulación permanente. Según nuestra experiencia, el cierre precoz, realizado en los primeros 90 días, es un procedimiento eficaz y seguro que podría reducir las posibles complicaciones embólicas asociadas a la suspensión de la anticoagulación sin aumentar el riesgo de sangrado o complicaciones.

Bibliografía

1. Cucchiara B, Messe S, Sansing L, et al. Hematoma growth in oral anticoagulant related intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2008;39:2993-6.
2. Hart RG, Tonarelli SB, Pearce LA. Avoiding central nervous system bleeding during antithrombotic therapy: recent data and ideas. *Stroke*. 2005;36:1588-93.
3. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;130:2071-104.
4. Sjalander A, Engstrom G, Berntorp E, et al. Risk of haemorrhagic stroke in patients with oral anticoagulation compared with the general population. *J Intern Med*. 2003;254:434-8.