Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S571

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1146 - EMBOLIA PARADÓJICA A TRAVÉS DE FORAMEN OVAL PERMEABLE

Yaiza Díaz del Castillo, *Marina Valenzuela Espejo, Jimena Varona Pérez, Sergio Moragón Ledesma, Víctor Manuel Martínez Castilla, Pablo Demelo Rodríguez y Francisco Galeano Valle*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: La prevalencia de defectos del septo interauricular en la población general es del 25%, aunque la embolia paradójica es una entidad extremadamente infrecuente (51 casos publicados en PubMed hasta 2020). Esta patología debe sospecharse ante trombosis arteriales sin causa clara (por ej. ictus isquémico criptogénico) o ante la concomitancia o diagnóstico cercano de trombosis arterial y de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas del evento arterial y venoso de los pacientes diagnosticados de embolismo paradójico a través de un defecto del septo interauricular, su manejo terapéutico y complicaciones.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos diagnosticados de embolismo paradójico entre enero 2017 y marzo 2023. Búsqueda realizada a partir del archivo central de historias clínicas del Hospital Gregorio Marañón con la combinación de los códigos del CIE-10 “Embolia paradójica” (I74.9), “Foramen oval patente” (Q21.1), “Embolia pulmonar” (I26) y “trombosis venosa profunda” (I82.40).

Resultados: Se revisaron un total de 18 historias clínicas de las cuales de hallaron 13 pacientes con diagnóstico de embolia paradójica (5 excluidos). La edad media de los pacientes fue 37 años con predominancia de mujeres (61,5%). Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron la hipertensión arterial (30,7%) y el tabaquismo (15,3%). El 30,7% tenía el antecedente de ictus isquémico, el 15,3% recibía antiagregación y el 9,2% recibía anticoagulación previa al evento. Respecto a la ETV, en el 38,4% de los casos fue idiopática. En el 100% de la muestra el defecto intracardíaco fue la presencia de formen oval permeable (FOP), que se asoció a aneurisma del septo auricular en 46,1% y que producía un cortocircuito masivo en 38,5% de los casos. El diagnóstico de ETV fue primero en el 23%, mientras que el diagnóstico de isquemia arterial primero ocurrió en el 38,4%. La diferencia de tiempo entre los diagnósticos fue de 2 y 6 días de mediana, respectivamente. El diagnóstico fue concomitante en el 38,4%. El tromboembolismo pulmonar (TEP) fue la forma de ETV más frecuente (84,3%) y fue central (tronco o arterias pulmonares principales) en el 63,6%. La localización más frecuente de embolia arterial fue en forma de ictus isquémico (69,2%), seguido de la isquemia aguda de extremidades superiores (23%) y el síndrome coronario agudo (9,2%). Los pacientes tenían una puntuación en la escala ROPE de 5,3 de media. Todos los pacientes recibieron anticoagulación, durante una mediana de 16 meses (tabla). No presentaron complicaciones hemorrágicas. En el 53,8% se reparó el defecto interauricular, en todos de forma

percutánea. No se registraron fallecimientos durante el seguimiento de 14 meses de mediana.

N=13	
Tratamiento médico	
Anticoagulación en la fase aguda, % (n) -Heparina de bajo peso molecular -Heparina no fraccionada -Otros	 92,3 (12) 7,6 (1) 0
Duración del tratamiento en fase aguda, días (mediana, Q1;Q3)	9 (8;15)
Tratamiento percutáneo de la enfermedad tromboembólica venosa, % (n)	7,6 (1)
Anticoagulación en la fase de mantenimiento, % (n) -Antivitamina K -Anticoagulantes orales de acción directa	 53,8 (7) 46,1 (6)
Duración del tratamiento de mantenimiento, meses (mediana, Q1;Q3)	16 (3;33)
Filtro de vena cava inferior, % (n)	0
Tratamiento del defecto	
Reparación del defecto interauricular percutánea, % (n)	53,8 (7)
Complicación de la reparación percutánea, % (n) -Sangrado en sitio de punción	14,2 (1/7) 14,2 (1/7)
Reparación del defecto interauricular quirúrgica, % (n)	0
Tiempo desde el diagnóstico hasta la reparación, meses (mediana, Q1;Q3)	3,55 (0,8;8,2)
Tratamiento antiagregante (ácido acetil-salicílico) (tras la retirada del anticoagulante), % (n)	46,1 (6)
Duración del tratamiento antiagregante, meses (mediana, Q1;Q3)	2 (1;3)
Complicaciones	
Hemorragia mayor durante tratamiento anticoagulante, % (n)	0
Recurrencia de enfermedad tromboembólica venosa, % (n)	0
Recurrencia de isquemia arterial, % (n) -Ictus isquémico*	 7,6 (1)
Déficit neurológico residual tras ictus, % (n)	22,2 (2/9)
Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, % (n)	0
Secuelas de isquemia arterial periférica, % (n)	0
Disnea crónica tras embolia pulmonar, % (n) -NYHA I-II -NYHA III-IV	 18,2 (2/11) 0
Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica, % (n)	9 (1/11)
Síndrome postrombótico de miembros inferiores, % (n)	33,3 (2/6)
Exitus	0
Seguimiento, meses (mediana, Q1;Q3)	14 (6;33)

Tabla 1: resumen de los tratamientos y evolución de los pacientes con embolia paradójica.
*ocurrió bajo tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: Aportamos una serie de 13 casos sobre una patología de la que existen menos de 60 casos publicados. La embolia paradójica es una entidad muy infrecuente, de difícil diagnóstico y probablemente infradiagnosticada. Tras el inicio de tratamiento anticoagulante, la recurrencia de isquemia arterial, de ETV, las hemorragias y la mortalidad fueron infrecuentes en nuestra muestra.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.