

Evento vascular cerebral con doble mecanismo cardioembólico

Presentación de un caso

Dr. Carlos Navarro Barriga, Dra. Sonia Leslie Fuentes Trejo

Resumen

Ingresa paciente de 59 años de forma electiva para cirugía de rodilla izquierda del tipo condroplastia femorotibial a su ingreso asintomática cardiovascular el electrocardiograma muestra fibrilación atrial con RVM: 89 LPM, sin complicaciones durante el evento quirúrgico. 4 horas después del evento quirúrgico presenta, pérdida súbita del estado de alerta, catalogado como síncope, por tal motivo se traslada a la unidad de terapia intensiva, a su ingreso en ritmo sinusal, desorientada con presencia de sexto par craneal derecho y movimientos oculares involuntarios. Por tal motivo se realizó resonancia magnética de difusión sin evidencia evento vascular reciente. Se realizó ecocardiograma transtorácico en cuál reporta aurícula izquierda dilatada, insuficiencia mitral ligera sin gradientes de estenosis sin evidencia de trombos intracavitarios desde la aproximación transtorácica. 24 hrs después presenta deterioro neurológico somnolienta, repitiendo estudio de imagen TAC cráneo simple evidenciando dos infartos en fase aguda el más grande en territorio de la cerebral posterior izquierdo con transformación hemorrágica y el segundo de menor tamaño en región talámica derecha. Por este motivo se inició manejo de la ventilación mecánica con sedación. Se completó estudio Ecocardiográfico transesofágico el cual documenta la presencia de trombo residual en orejuela izquierda dilatada, otro trombo en el techo de la aurícula izquierda, fenómeno de contraste espontáneo y la presencia de formen oval con corto circuito bidireccional.

En relación a la evolución de este paciente por la presencia de evento vascular reciente con transformación hemorrágica espontánea se optó por vigilancia con manejo profiláctico de trombosis posterior a las primeras 72 hrs se ajustó su manejo médico con heparina no fraccionada a dosis anticoagulante. Se descartó la presencia de trombosis venosa profunda por Doppler. Se suspende la sedación y se realiza retiro de la ventilación mecánica de manera exitosa. Se contempla su egreso con manejo anticoagulante oral con anti Xa y reingreso para ecocardiograma transesofágico de control y cierre del formen oval con dispositivo cierre Amplatzer.

Revisión

La evidencia de trombos por ecocardiografía transesofágica (ETE) en la aurícula izquierda se observa en aproximadamente el 13% de los pacientes que se presentan con fibrilación auricular no reumática de más de tres días de duración (1). La prevalencia es mayor en pacientes de alto riesgo con estenosis mitral (hasta el 33 %)(2), la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, dilatación de la aurícula izquierda o de la orejuela izquierda, así como la presencia de contraste espontáneo se encuentran asociados a un evento tromboembólico reciente hasta en un 43 por ciento de los casos. (3). Por otra parte, la aparente falta de trombos de la aurícula en un 57% de estos pacientes probablemente refleja la migración de todo el trombo durante el evento embólico. El trombo no visualizado por ETE es debido tamaño muy pequeño o de otra fuente de embolismo.

La capacidad de la ecocardiografía transtorácica para identificar o excluir trombos en la aurícula izquierda o en la orejuela es limitado, es baja con una sensibilidad del 39 al 63 %, debido en gran parte a la mala visualización de la orejuela auricular izquierda [4,5]. En contraste, la ecocardiografía transesofágica permite la detección de trombos tanto en la aurícula izquierda como en el apéndice auricular izquierdo.

La presencia de un trombo residual en la orejuela de la aurícula izquierda (después de un accidente cerebrovascular embólico) rara vez se ve en la ecocardiografía transtorácica, pero es detectado por la ecocardiografía transesofágica (ETE) en aproximadamente el 45 % de los pacientes que se presentan con un evento embólico agudo de fibrilación auricular (FA) de reciente

diagnostico [6,7]. Incluso cuando no se había visto en la ETE, un trombo intracardiaco se presume que ha estado presente en todos los pacientes con FA que han tenido un episodio tromboembólico reciente. La evaluación de diagnóstico mediante ETE para buscar un trombo intraauricular residual no es esencial ya que la ausencia de un trombo no alterará la clínica (anticoagulación a largo plazo). Sin embargo, la ETE puede ser razonable si se desea la cardioversión para confirmar la ausencia de trombo residual antes del procedimiento.

Conclusiones

La indicación de manejo anticoagulante en un paciente con diagnóstico de evento vascular cerebral y transformación hemorrágica en presencia de trombo residual en atrio izquierdo es individualizado en cada caso en base al riesgo beneficio en cada paciente. El riesgo de la transformación hemorrágica.

Este caso en particular se considera un reto terapéutico, pues si bien es cierto, tiene una clara indicación de anticoagulación, la transformación hemorrágica espontánea incrementa el riesgo de incremento de la hemorragia contra la presencia de trombo residual con riesgo persistente de nuevo embolismo.

¿cuándo es el momento indicado para iniciar? Pues debemos recordar que el evento vascular ya tenía una transformación hemorrágica, y en este contexto, aunque las recomendaciones internacionales sugieren que en 48 horas es “seguro”, ¿cuál es el potencial riesgo-beneficio de una nueva hemorragia vs lisis trombo?

Bibliografía

1. Transesophageal echocardiographically facilitated early cardioversión from atrial fibrillation using short-term anticoagulation: final results of a prospective 4.5-year study. Manning WJ, Silverman DI, Keighley CS, et al. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25:1354.
2. Prevalence of left atrial thrombus in rheumatic mitral stenosis with atrial fibrillation and its response to anticoagulation: a transesophageal echocardiographic study. Srimannarayana J, Varma RS, Sathesh S, et al. *Indian Heart J* 2003;55:358
3. Use of transesophageal echocardiography to guide cardioversion in patients with atrial fibrillation. Klein AL, Grimm RA, Murray RD, et al. *N Engl J Med* 2001; 344:12411.
4. Guidelines for early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, Khatri P, McMullan PW Jr, Qureshi AI, Rosenfield K, Scott PA, Summers DR, Wang DZ, Winemark M, Yonas H, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, Council on Clinical Cardiology Stroke. *Stroke*. 2013;44(3):870.
5. Transesophageal echocardiographic correlates of thromboembolism in high-risk patients with nonvalvular atrial fibrillation. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators Committee on Echocardiography. *Ann Intern Med*. 1998;128(8):639.
6. Prevalence of residual left atrial thrombi among patients with acute thromboembolism and newly recognized atrial fibrillation. Manning WJ, Silverman DI, Waksmonski CA, Oettgen P, Douglas PS. *Arc Intern Med*. 1995;155(20):2193.