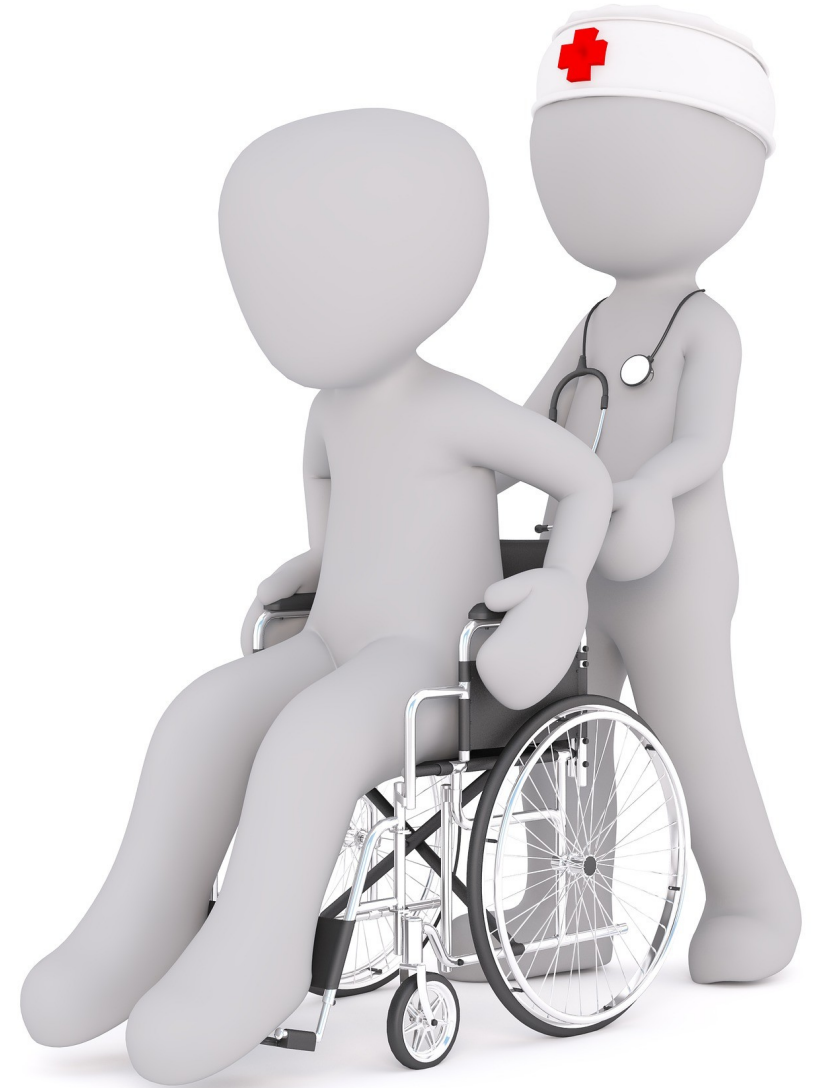




TROMBO EN
OREJUELA...

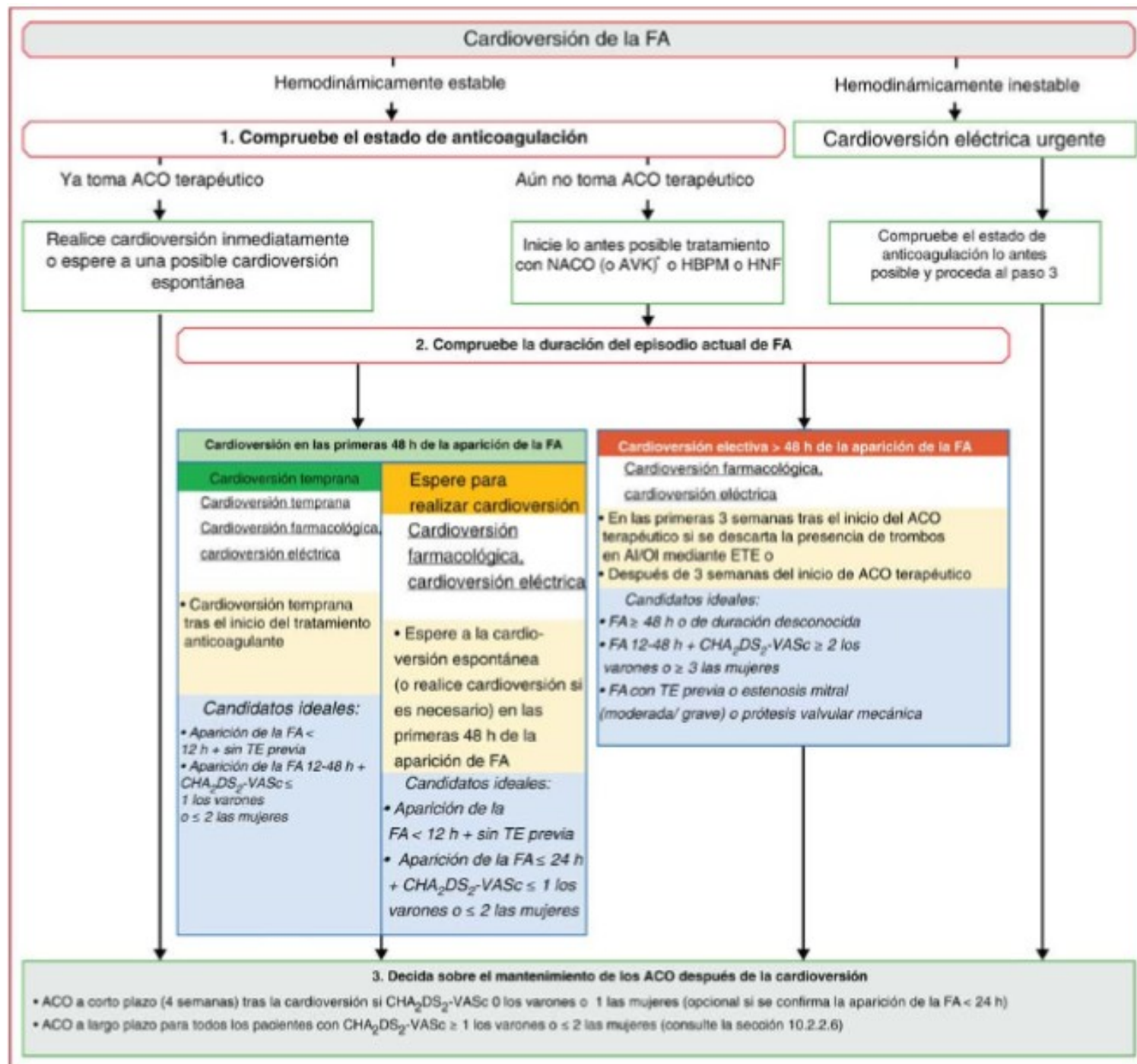
¡¡ELIGE TU REFRÁN!!

- Varón de 72 años
- FRCV: exfumador, HTA
- Ingreso por **FA de inicio incierto con respuesta ventricular rápida** sintomática por deterioro de clase funcional y palpitaciones. Datos de IC izquierda leve al ingreso. TA 106/68.
- Se inicia tratamiento diurético y HBPM a dosis anticoagulante.
- Se opta por control de FC con bisoprolol y digital.



- **Ecocardiograma**: FEVI 34%, hipocinesia global, VI ligeramente dilatado. IM de grado moderado-bajo. AI 42 mm. Hipertensión pulmonar ligera. No derrame pericárdico.
- **Analítica**: FGe 64, Hto 37%, lones en rango, TSH normal.
- Dificultad para control óptimo de frecuencia cardiaca, por lo que plantea la realización de ETE y posterior cardioversión eléctrica durante el ingreso.
- **ETE**: Trombo en orejuela izquierda → **Se contraindica la CVE.**







Se planifica CVE electiva. Tratamiento con ACOD durante 4 semanas.



¿Qué dice la guía ESC FA 2020?

Cardioversión electiva > 48 h de la aparición de la FA

Cardioversión farmacológica,
cardioversión eléctrica

- En las primeras 3 semanas tras el inicio del ACO terapéutico si se descarta la presencia de trombos en AI/OI mediante ETE o
- Después de 3 semanas del inicio de ACO terapéutico

Candidatos ideales:

- FA ≥ 48 h o de duración desconocida
- FA 12-48 h + CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 los varones o ≥ 3 las mujeres
- FA con TE previa o estenosis mitral (moderada/ grave) o prótesis valvular mecánica

Para pacientes con trombos identificados por ETE, se recomienda la anticoagulación efectiva durante al menos 3 semanas antes de la cardioversión de la FA⁸⁷⁵

I

B

Para pacientes con trombos identificados por ETE, se debe considerar la repetición del estudio ecocardiográfico para confirmar la resolución del trombo antes de la cardioversión⁸⁷⁵

IIa

C

Llega el día de la cardioversión. ¿Qué vamos a hacer?

- A. Realización de ETE previo a la CVE. "Hombre precavido vale por dos".
- B. Realización de CVE ya que no existe indicación I en las guías para repetir el ETE. "Donde manda patrón no manda marinero".



Llega el día de la cardioversión. ¿Qué vamos a hacer?

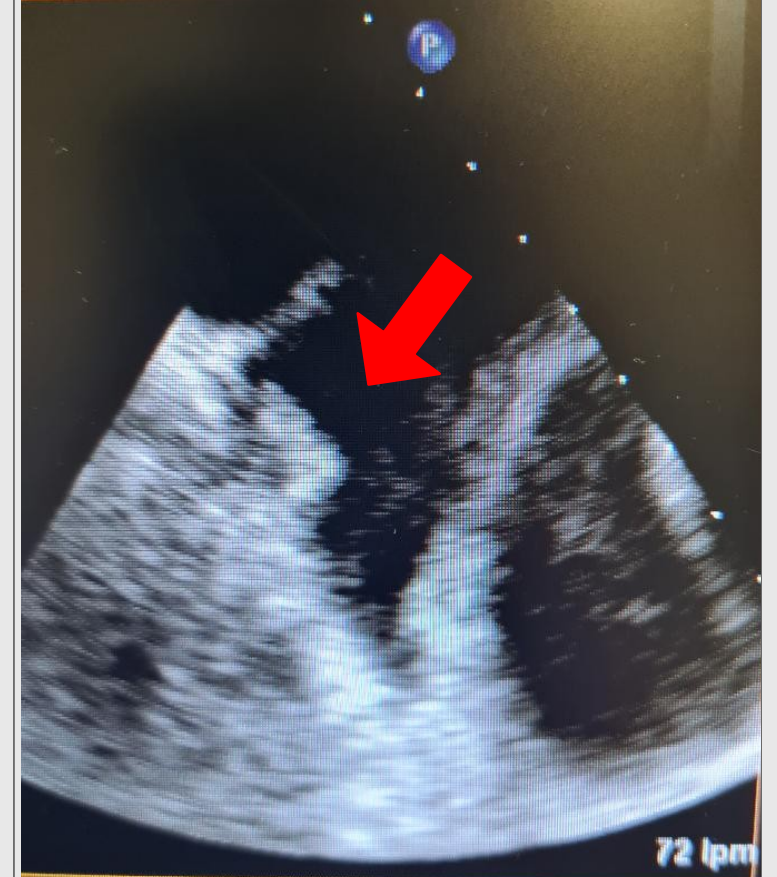
A. Realización de ETE previo a la CVE. "Hombre precavido vale por dos".

B. Realización de CVE ya que no existe indicación I en las guías para repetir el ETE. "Donde manda patrón no manda marinero".



En nuestro caso, **decidimos repetir el ETE** previo a la cardioversión eléctrica, a pesar de que la indicación en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (2020) es de clase de **recomendación IIa** ("se debe considerar") con un **nivel de evidencia C** ("consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios").

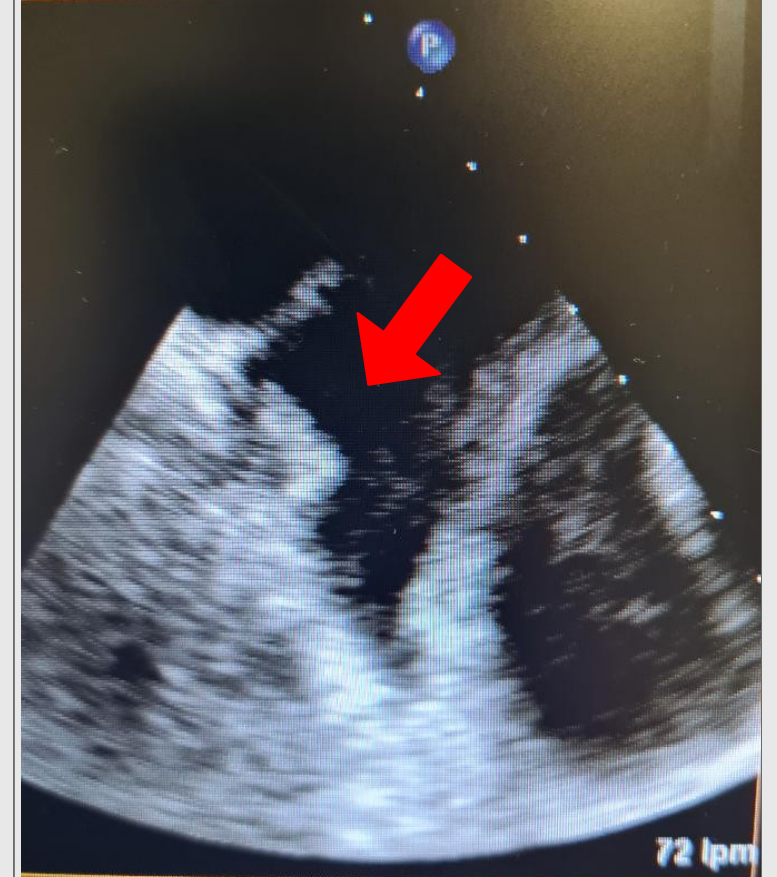
Lo que nos encontramos fue la **persistencia del trombo en orejuela izquierda**, por lo que se postpuso la cardioversión eléctrica.



Por esto, creemos conveniente realizar una **llamada a la reflexión:**

→ FA inicio incierto + trombo en orejuela

- La confirmación con ETE previa a CVE ¿debería pasar a ser **indicación I-C**?
- En trombos organizados o voluminosos ¿debería de **ampliarse el tiempo de ACO** para tener más posibilidad de observar una OI sin trombos?
- En nuestro caso se constató ausencia de trombo en OI transcurridos 3 meses de ACO.



Lectura recomendada:

Cardiology

AF and Stroke: Editorial

Cardiology 2020;145:740–745
DOI: 10.1159/000509343

Received: June 2, 2020
Accepted: June 6, 2020
Published online: September 8, 2020

Cardioversion Safety – Are We Doing Enough?

Mohsen Khatami^a Marita Knudsen Pope^{b,c} Sophie Le Page^d Petra Radic^e
Valentina Schirripa^f Irene Grundvold^a Dan Atar^{b,g}

¿Cuál es la experiencia en tu centro? ¿Has tenido casos similares? ¿Qué opinión te generan nuestras reflexiones? ¡Déjanos tus comentarios!