



El dilema trombosis-hemorragia: ¿Cómo lo solucionamos?

Lara Aguilar Iglesias, Ester Sánchez Corral, Juan Asensio Nogueira, David Abella Vallina, Rubén Hernando González, Álvaro Margalejo Franco y Jose Ángel Pérez Rivera. Hospital Universitario de Burgos.



Asociación de
Cardiología
Clínica | Grupo de
Trombosis
Cardiovascular

Reunión científica
Grupo de trabajo

**TROMBOSIS
CARDIOVASCULAR**



Varón de 72 años, hipertenso y dislipémico.

Antecedentes cardiovasculares:

- **Cardiopatía isquémica crónica** revascularizada quirúrgica y percutáneamente en los años 90 (anatomía desconocida).
- Cardiopatía valvular: **Estenosis aórtica**
- **Flúter** auricular paroxístico.

Otros antecedentes:

- Enfermedad renal crónica (**ERC**) estadio 3A
- Episodio de hemorragia digestiva baja (**HDB**) en 2018 por divertículos colónicos (se cambió acenocumarol por apixabán 5 mg/12h).





Reunión científica
Grupo de trabajo

**TROMBOSIS
CARDIOVASCULAR**

24-25 marzo '22
VALENCIA

Mayo 2021

Medicina Interna:

Anemia grave secundaria a **rectorragia** por diverticulosis difusa sin abordaje endoscópico.

Asociaba **angor** de esfuerzo, con un ECG con signos de isquemia difusa

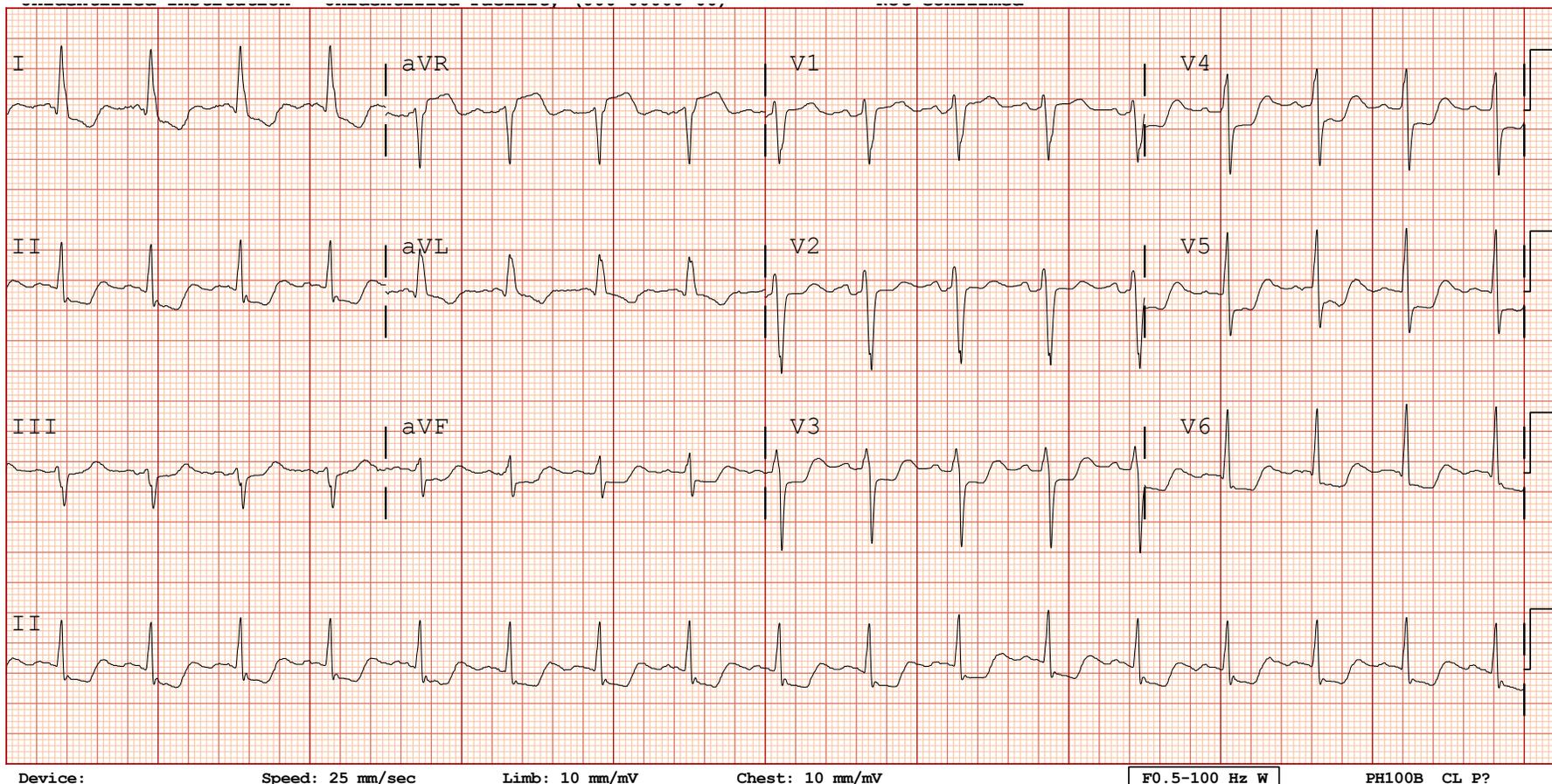




Reunión científica
Grupo de trabajo

TROMBOSIS CARDIOVASCULAR

24-25 marzo '22
VALENCIA



Device: Speed: 25 mm/sec Limb: 10 mm/mV Chest: 10 mm/mV F0.5-100 Hz W PH100B CL P?

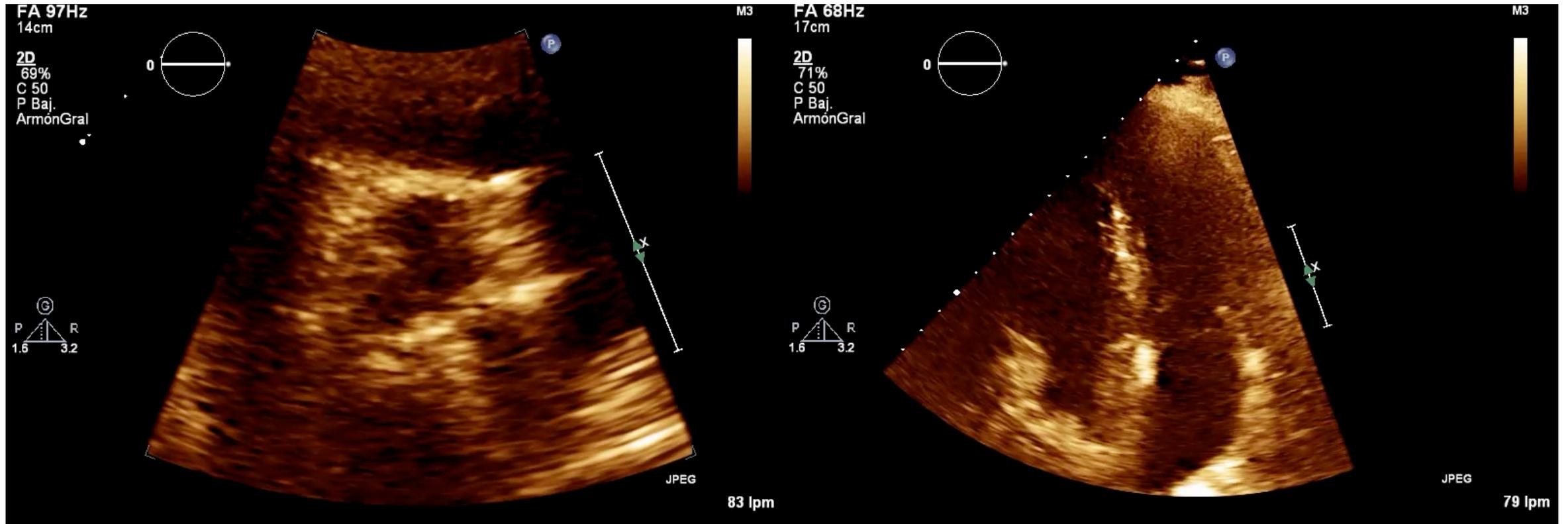




Reunión científica
Grupo de trabajo

TROMBOSIS CARDIOVASCULAR

24-25 marzo '22
VALENCIA





Mayo 2021

Medicina Interna:

Anemia grave secundaria a **rectorragia** por diverticulosis difusa sin abordaje endoscópico.

Asociaba **angor** de esfuerzo, con un ECG con signos de **isquemia difusa**

ETT: estenosis aórtica grave con función biventricular conservada.

Tras estabilización, alta con Apixabán.
Se plantea implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) tras solucionar el problema digestivo





Sept. 2021

Re-ingreso Medicina Interna:

Anemia y rectorragia → Shock hemorrágico (sin ACO) + angina refractaria

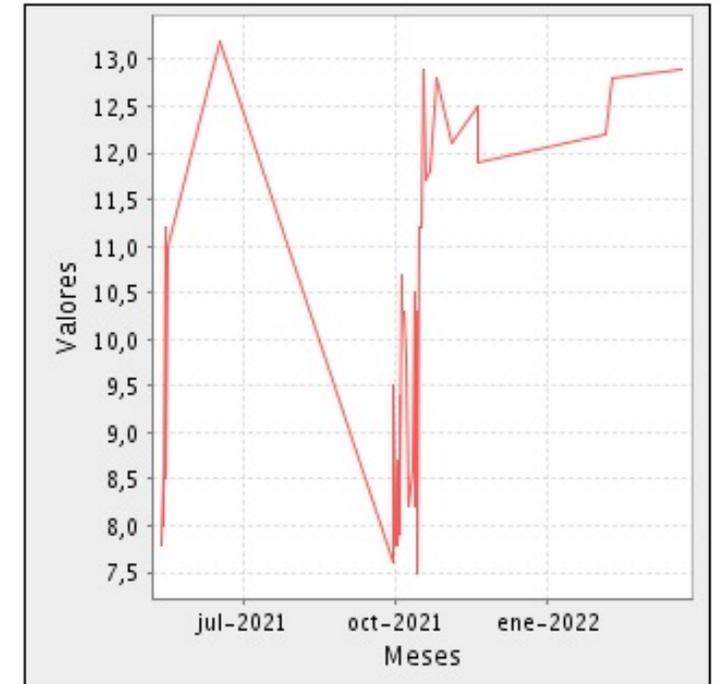
Ingreso en UCI:

Gastro + colonoscopia: Diverticulosis pancolónica y angiodisplasias, sin evidenciarse foco de sangrado.

Trasfusiones múltiples. Complejidad en el manejo de volumen.

Considerando el balance riesgo/beneficio, se mantuvo enoxaparina profiláctica al alta y se plantea la posibilidad de **cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPO) y TAVI.**

Gráfico HEMOGLOBINA

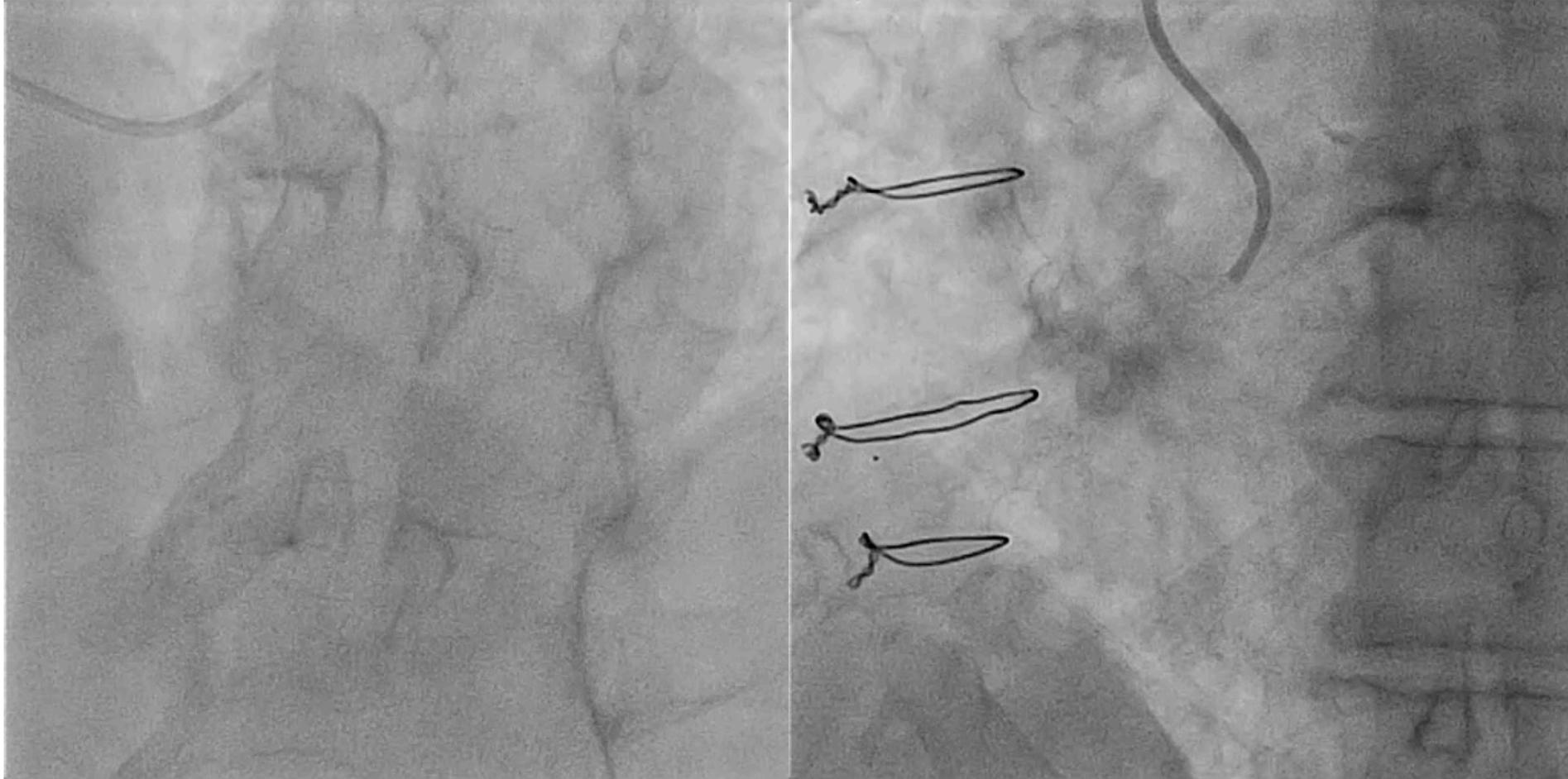




Reunión científica
Grupo de trabajo

TROMBOSIS CARDIOVASCULAR

24-25 marzo '22
VALENCIA



Alta con Clopidogrel + Enoxaparina





Reunión científica
Grupo de trabajo

TROMBOSIS CARDIOVASCULAR

24-25 marzo '22
VALENCIA

Nov. 2021

Se suspende Enoxaparina y se reintroduce **Apixabán** (tras cápsula endoscópica, sin nuevos hallazgos). Se mantiene Clopidogrel. Sin nuevos eventos hemorrágicos

Enero 2022





Factores de riesgo hemorrágico en pacientes que toman ACO y tratamiento antiagregante plaquetario

| No modificables | Potencialmente modificables | Modificables | Biomarcadores |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Edad > 65 años</u> <u>Sangrado mayor previo</u> Insuficiencia renal grave (diálisis o trasplante renal) Disfunción hepática grave (cirrosis) Malignidad Factores genéticos (p. ej., polimorfismos del CYP 2C9) Ictus previo, enfermedad de vasos pequeños, etc. Diabetes mellitus Deterioro cognitivo/demencia | Fragilidad extrema ± riesgo excesivo de caídas ^a Anemia Recuento o función plaquetaria reducida <u>Insuficiencia renal con AclCr < 60 ml/min</u> Estrategia de tratamiento con AVK ^b | <u>Hipertensión/PAS elevada</u> <u>Tratamiento concomitante con antiagregantes plaquetarios y AINE</u> Ingesta excesiva de alcohol Falta de adherencia a los ACO Profesiones o aficiones de riesgo Tratamiento puente con heparina Control de la INR (objetivo, 2,0-3,0), objetivo de TRT > 70% ^c Elección y dosis adecuadas de ACO ^d | GDF-15 Cistatina C/CKD-EPI cTnT-hs Factor de von Willebrand (más otros marcadores de coagulación) |

G. Hindricks et al./Rev Esp Cardiol. 2021;74(5):437.e1-437.e1

Recomendaciones para la oclusión o exclusión de la OI

Puede considerarse la oclusión de la OI para la prevención del ictus en pacientes con FA y contraindicaciones a la anticoagulación oral indefinidamente (p. ej., HIC sin una causa reversible)^{448,449,481,482}

IIb

B

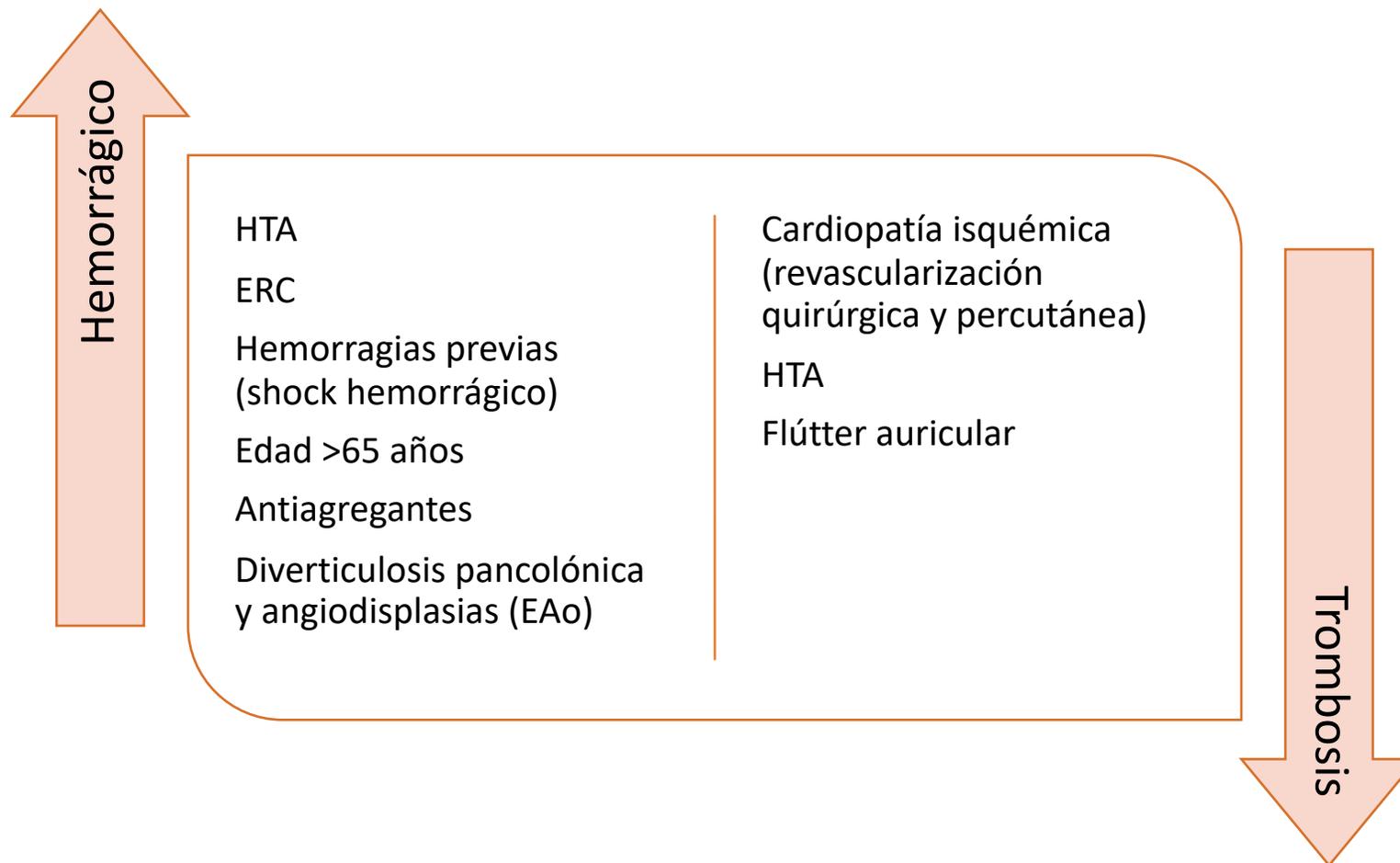




Reunión científica
Grupo de trabajo

TROMBOSIS CARDIOVASCULAR

24-25 marzo '22
VALENCIA





Conclusiones

- Paciente con alto riesgo trombótico y muy alto riesgo hemorrágico
- Imposibilidad para un tratamiento definitivo de causa hemorrágica (diverticulosis pancolónica y angiodisplasia: Síndrome de Heyde).
- Fracaso con *switch* a ACOD (persiste hemorragia). Precisa además de antiagregación por revascularización percutánea.
- Edad avanzada, comorbilidad, cirugía cardíaca previa (alto riesgo de reintervención), signos de fragilidad. Balance riesgo hemorrágico vs trombótico + peculiaridades del paciente. Doble procedimiento TAVI y CPO.



Muchas gracias

Complejo Asistencial
Universitario
de Burgos

