

#046 | Manejo de la anticoagulación tras trombosis protésica y hemorragia intracraneal en paciente con prótesis valvular mecánica en posición mitral

Victoria Green¹; Rodrigo Urban¹; Diego Freire¹

¹ - CASMU.

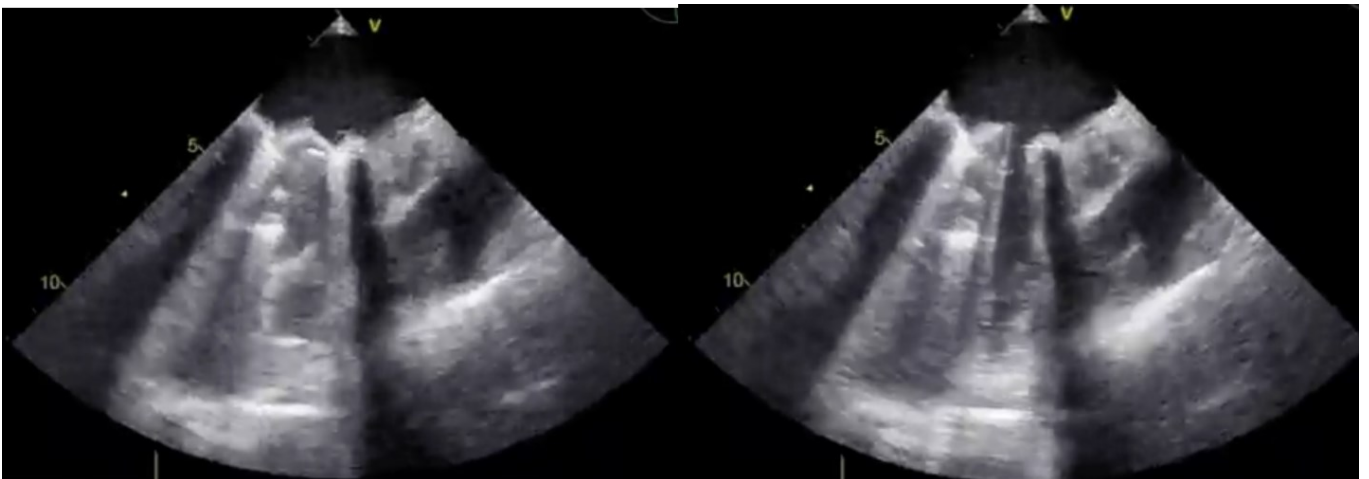
Introducción:

En pacientes con prótesis valvular mecánica, el manejo óptimo de la anticoagulación es fundamental, dado que la trombosis protésica es una complicación con alta mortalidad. Sin embargo, una de las complicaciones más temidas de la anticoagulación es la hemorragia intracraneal (HIC), cuyo abordaje resulta particularmente desafiante en estos pacientes. La decisión sobre cuándo reiniciar la anticoagulación es clave para minimizar el riesgo tromboembólico sin comprometer la seguridad del paciente.

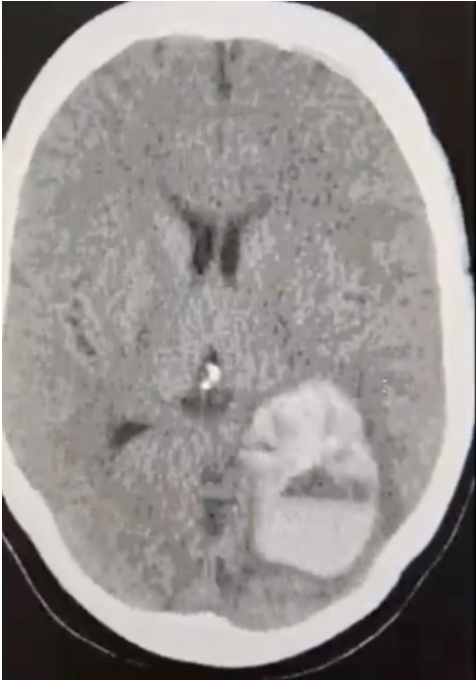
Historia clínica:

Mujer de 49 años sometida en enero de 2024 a sustitución valvular mitral por prótesis mecánica por presentar insuficiencia mitral severa mixomatosa. En febrero, presentó un ACV isquémico sin secuelas en el contexto de una anticoagulación subóptima, de muy probable mecanismo cardioembólico a partir de la prótesis mecánica. En mayo, consulta por disnea progresiva. Se constatan elementos de insuficiencia cardíaca, confirmándose trombosis protésica mitral mediante ecocardiografía (gradientes elevados y presencia de trombo) y fluoroscopia (disco inmóvil). Se realizó fibrinólisis con un protocolo de infusión ultralenta, logrando mejoría clínica y ecocardiográfica.

Pruebas complementarias:



ETE al ingreso.



TC craneo que evidencia HIC.

Diagnóstico:

Sin embargo, 48 horas después de suspender la fibrinólisis e iniciar anticoagulación con heparina y warfarina, la paciente desarrolló cefalea intensa, diagnosticándose HIC. Se suspendió la anticoagulación y se adoptó una conducta expectante en conjunto con neurocirugía. Tras siete días con buena evolución clínica, tomográfica y ecocardiográfica, y considerando la evidencia disponible y balance riesgo/beneficio, se decidió reintroducir anticoagulación con heparina no fraccionada bajo monitoreo estricto. Se destaca que no hubo agravamiento de la HIC. Las semanas posteriores, en la transición a warfarina se comprobó nueva trombosis protésica por aumento de gradientes decidiéndose realizar cirugía de sustitución de la prótesis mecánica mitral por una bioprótesis. La paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía, sin complicaciones perioperatorias, quedando anticoagulada con enoxaparina por 3 meses.

Discusión:

Este caso ilustra el complejo desafío de reintroducir la anticoagulación tras una HIC en pacientes con válvulas mecánicas sobretodo en posición mitral. Un estudio observacional sobre esta problemática reportó que después del día 13, el riesgo hemorrágico disminuye al reiniciar la anticoagulación, aunque a expensas de un aumento del riesgo trombótico valvular. Según estos datos, el equilibrio entre ambos riesgos ocurre alrededor del día 6, momento en el que podría considerarse la reintroducción de la anticoagulación en pacientes de muy alto riesgo trombótico. En este caso, la suspensión de la anticoagulación con la HIC no determinó complicaciones trombóticas y la reintroducción de la anticoagulación precoz, al séptimo día, tampoco determinó complicaciones hemorrágicas adicionales. La reaparición de trombosis valvular estuvo determinada en la evolución en la transición de heparina no fraccionada a warfarina, lo que puso de manifiesto la gran labilidad a la warfarina en ese caso. Este hecho obligó a la decisión de cambiar la prótesis mecánica por una biológica con lo que se logró una buena evolución. Este caso pone de manifiesto importantes desafíos terapéuticos en caso de prótesis mecánica mitral con trombosis y HIC. El manejo debe ser individualizado, con un enfoque que sopesa cuidadosamente los riesgos isquémicos y hemorrágicos, en situaciones donde la evidencia de peso es escasa.