

Stroke refractory to anticoagulation – 2020

Dra. Dariana Viegas Andrade Penteado

Dear Dr.Edgardo,

I'm sending you my most updated case

HSPN, male, 68 y,

Patient presenting a transient episode of dyslalia and loss of right motor strength, associated with tinnitus and dizziness, lasting + -01 patient has already had three previous cerebral ischemic events, two of which are using Rivaroxabana, Endoxabana. On one occasion (there days before a recent hospitalization there was a significant increase in INR (6.5) with hematuria, which is why Marevam was suspended for 3 days and restarted with a lower dose. In this hospitalization, the patient is using Marevam with at least 03 INRs in the range. The patient underwent a skull CT scan that showed the presence of a new stroke . At the moment the patient is at home using Marevam with difficult control of the INR tending to widen it.

AP: Dyslipidemia (TGL)

Pulmonary emphysema Psoarthritis; M.GORDONALI IN THE LUNG 2009 (treated -

Cattle disease); Sleep apnea

SAH

Intolerance to pradaxa

Stent PHARMACOLOGICAL (08/05/2019) --> DA 70%

Silent FA CHA2DS2-VASc = 4, HASBLED = 1, EHRA = I

FO Patent

Spontaneous contrast

Stroke even in use of NOAC -> Rivaroxabana and Endoxabana

Thrombophilia -> Methylenetetrahydrofolate mutation

MEDICATIONS: Vast 40 mg; Marevam 2,5 mg ; Concardium 2.5 mg

ECG: FA-SCVE

HV; Chronic smoking / Social drinking / Riding

HF: Mother 58 sleeping.02 sisters with MP.

Transesophageal ECO (ECO TE = 10/1/2018) FO patent. Spontaneous contrast. Without thrombus Volume AD = 55

- There is no evidence of hemodynamically significant stenoses

CT of the skull (03/03/2020): - Focal area of cortico / subcortical hypodensity in the left parietal lobe, of probable acute / subacute ischemic origin in the border area of arterial vascular irrigation. Pursue inpatient investigation of the study / cardiac and carotid system evaluation. - Atheromatosis of the internal carotid arteries

HD: **Stroke refractory to anticoagulation** -> 2nd Thrombophilia? 2a to the patent foramen ovale? 2a Atrial Fibrillation ?

What is the best conduct?

Keep Marevam with an INR of 2.5 to 3.5?

Percutaneous Left atrial appendage occlusion?

Close Oval foramen?

Dariana Viegas Andrade Penteadó

OPINIONES DE COLEGAS

Estimada Dariana. De acuerdo a tu relato la anticoagulación oral (noacs - warfarina) no está siendo eficaz para evitar los strokes.

Además con complicaciones (hematuria, dificultad del control del RIN). El foramen permeable adquiere valor en stroke criptogénico y demostrando un cortocircuito de derecha a izquierda.

En este caso hay FA y CHADSVASC alto por lo que considero que la mejor opción sería la oclusión de orejuela de acuerdo a tus interrogantes. El 90% de los strokes provienen de ese lugar.

También tener en cuenta la ablación de FA.

¿Está con fármacos AA para su FA?

Esperemos opiniones de los expertos. Saludos.

Oscar Pellizzón

Hola

Refiere CAD con foramen oval permeable y contraste espontáneo supongo que esto se refiere a AI.

Lo primero a descartar a Cáncer

Dado que se asocia a crecimiento auricular derecho interpretó tiene hipertensión pulmonar asociada no refiere presión pulmonar estimada).

1, EL **eco transesofágico** (o se refiere a ETT no ETE) no refiere presencia trombos en la orejuela.

2. Si fue ETE ¿cuál es el tamaño del shunt interauricular y el volumen AI?. No refiere función VI.

3, Padece de trombofilia por lo que utilizaría warfarina o acenocumarol dado que no existen evidencias en el uso de ACV embolígenos a repetición con NOAC.

Las conductas que tomaría son:

1. **Eco transesofágico** y valorar adecuadamente las **presiones pulmonares** y el **orificio del shunt (realizado pero no informado)**

Con esto uno podría decidir

1. Colocación de **dispositivo de oclusión de orejuela** de la aurícula izquierda
2. **Cierre percutáneo de la CIA**
3. **Ecodoppler de miembros inferiores y VCI** para descartar trombos (de ser así filtro en VCI y opción 2)
4. Es fumador portador de una enfermedad protrombótica y fuma por lo que descartar un **Ca de pulmón, riñón y vejiga** (tabaco y alcohol), la hematuria puede no tener relación con los NOAC sino con CA de vejiga o riñón.

La ablación de su FA la evaluaría con RNM de ser posible, ya que la tasa de éxito si presenta dilatación AI y AD no pasa en un centro del 75% e igual continuará anticoagulado, podría reevaluarse luego de los estudios que refiero luego de evaluar el resto. Permitirá evaluar fibrosis auricular y esto contribuye a identificar los pacientes en los que la ablación de la FA no tendría una tasa de éxito aceptable y riesgo del procedimiento.

5. El RIN con ACO lo indicaría entre 2,5 y 3 por lo referido. No 3,5 por el antecedente de hematuria y no haber descartado CA de riñón o vejiga.

6. Abandono del cigarrillo y alcohol. Estatinas en altas dosis

7. No refiere si por el stent farmacológico reibe AAS u otros antiagregantes

8. Polisomnografía con SAT de O2 e indicar CPAP de acuerdo a los resultados

9. Derivación **psiquiatría y test cognitivo**

Imposible sin más datos y estudios y descartando Ca oculto, continuar con especulaciones.

Dado que si tiene un Ca de riñón E4 cambiaría todo el enfoque del paciente.

NOAC no utilizaría dado que repitió 2 stroke con *two of which are using Rivaroxabana, Endoxabana.*

Es un aml paciente para ACO pero a pesar de esto con ayuda psiquiátrica y evaluar su estado cognitivo podría ser más adherente al tratamiento al igual el abandono del alcohol y tabaquismo.

Un saludo

Martín Ibarrola