



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2460 - Ictus cardioembólico en paciente con fibrilación auricular no anticoagulado

P. Nieto Alfonso<sup>a</sup> y P. Bedia Cueto<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente, 48 años, sin FRCV. Corredor habitual de maratones. Acude a consulta por episodio de mareo, visión borrosa y pesadez en las piernas tras correr 3 km. Se solicita ECG donde se observa bigeminismo multifocal, por lo que se deriva a Cardiología, donde le diagnostican de fibrilo-flutter. Realizan ETT y pautan tratamiento con flecainida. Escala CHA2DS2-VASc1 con puntuación 0 por lo que se decide no anticoagular. El persiste sintomático con palpitaciones, por lo que se incluye en lista de espera quirúrgica para ablación. 2 años después acude a Urgencias por pérdida parcial de visión ojo izquierdo y cefalea occipital. Se realiza TAC cráneo y se diagnostica de ictus occipital derecho de origen cardioembólico. Posteriormente se realiza ablación y se inicia tratamiento anticoagulante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica normal. ECG inicial bigeminismo multifocal. ECG posterior FA a 98 lpm. En nueva consulta ECG: fibrilo-flutter. TAC cráneo: lesión isquémica de perfil subagudo tardío en territorio de arteria cerebral posterior (ACP).

**Juicio clínico:** Ictus cardioembólico en territorio de ACP izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus isquémico aterotrombótico. Ictus isquémico cardioembólico. Ictus isquémico de otra etiología

**Comentario final:** Dado el desenlace final del paciente, se podría discutir la decisión inicial de no iniciar tratamiento anticoagulante para la prevención de riesgo tromboembólico. Pero dado que el riesgo de evento tromboembólico al año en nuestro paciente es de 0,7% (según escala CHA2DS2-VASc) y el riesgo de hemorragia con el tratamiento anticoagulante es > 1% (según escala HAS-BLED2), no estaría indicado, con la evidencia actual, el tratamiento anticoagulante, que debe estar basado en los riesgos absolutos de ACV y hemorragia, y en la relación riesgo-beneficio para el paciente.

### Bibliografía

1. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest*. 2010;137:263-72.
2. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJGM, Lip GYH. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138:1093-100.

*Palabras clave:* Fibrilación auricular. Ictus cardioembólico. Tratamiento anticoagulante.