



5011-2. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSINFARTO: ¿CUÁNDO OPERO A MI PACIENTE?

Juan Diego Sánchez Vega¹, Gonzalo Luis Alonso Salinas², José María Viéitez Flórez³, Manuel Jiménez Mena¹, Asunción Camino López¹, José Luis Zamorano Gómez¹ y Marcelo Sanmartín Fernández¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña y ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La comunicación interventricular (CIV) es una complicación mecánica poco frecuente en el infarto agudo de miocardio pero que persiste actualmente con una elevada mortalidad. El tratamiento más frecuentemente utilizado, por su experiencia y disponibilidad, es la cirugía de reparación del defecto del tabique. Sin embargo, no existe consenso con respecto a cuál es el mejor momento para realizar la intervención, ya que se ha observado una gran mortalidad de esta cuando se realiza de forma urgente en los primeros días, y la información disponible de estudios con una muestra amplia de pacientes es limitada. El objetivo de este trabajo fue determinar cuál es el tiempo óptimo hasta la cirugía en pacientes con CIV posinfarto.

Métodos: Realizamos un estudio de seguimiento retrospectivo incluyendo a un total de 141 pacientes con CIV postinfarto de 13 hospitales terciarios. De estos pacientes, un total de 89 recibieron cirugía como terapia de destino tras el hallazgo de las CIV. Realizamos un análisis de la mortalidad según el día de la cirugía, y posteriormente comparamos esta mortalidad utilizando como grupo de referencia la reparación en las primeras 24 horas tras el diagnóstico, frente a cirugía.

Resultados: La mortalidad posquirúrgica disminuyó significativamente a partir del 4 día (25% de mortalidad intrahospitalaria y al año) en comparación con intervenciones más precoces, todas situadas por encima del 50%. La mortalidad tras el cuarto día aumenta, pero sigue manteniéndose de forma sostenida en cifras inferiores a los primeros 3 días. Teniendo en cuenta estos resultados, analizamos la mortalidad en los grupos 4 días hasta la cirugía, observando OR de 0,6 (p 0,3) y 0,3 (p 0,03) en los dos últimos grupos. Observamos además una menor tasa de dehiscencia y necesidad de reintervención, siendo de 24%, 27% y 7% la incidencia de dehiscencia para los grupos anteriormente mencionados.

Resultados del estudio

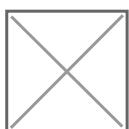
Variable

Mortalidad intrahospitalaria

Mortalidad al año

Supervivientes (n = 43)	Fallecidos (n = 46)	Variable	Supervivientes (n = 41)	Fallecidos (n = 48)	p	
Días entre diagnóstico de CIV y reparación						
0 días (n = 29)	10 (34,4%)	19 (65,6%)		10 (34,4%)	19 (65,6%)	
1 día (n = 19)	9 (47,4%)	10 (52,6%)		9 (47,4%)	10 (52,6%)	
2 días (n = 10)	5 (50%)	5 (50%)	0,502	3 (30%)	7 (70%)	0,352
3 días (n = 3)	1 (33,3%)	2 (66,6%)		1 (33,3%)	2 (66,6%)	
4 días (n = 4)	3 (75%)	1 (25%)		3 (75%)	1 (25%)	
5 días (n = 6)	4 (66,6%)	2 (33,3%)		4 (66,6%)	2 (33,3%)	
> 5 días (n = 24)	13 (54,1%)	11 (45,9%)		13 (54,1%)	11 (45,9%)	
Días a reparación	2,5 (1-6)	1 (0-5)	0,156	3,5 (1-6)	1 (0-5)	0,155
CABG asociada	9 (25,0%)	13 (30,2%)	0,605	8 (23,5%)	14 (31,1%)	0,457
SCM tras cirugía	13 (30,2%)	14 (31,1%)	0,929	12 (29,3%)	15 (31,9%)	0,788
Dehiscencia	5 (11,6%)	13 (31,0%)	0,029	5 (12,2%)	13 (29,6%)	0,05
Reintervención quirúrgica	6 (14,0%)	9 (21,4%)	0,366	6 (14,6%)	9 (20,5%)	0,482

CABG: Cirugía de *bypass* coronario, SCM: Soporte circulatorio mecánico.



Resultados del estudio.

Conclusiones: Existe una ventana terapéutica de menor mortalidad en los pacientes que son sometidos a una cirugía de reparación demorada desde el diagnóstico, a partir de los 4 días (96 horas), en comparación con cirugías realizadas más precozmente (Odds Ratio 0,3). En estos pacientes se pueden observar tasas de mortalidad inferiores al 30%. Este menor riesgo parece deberse principalmente a una menor dehiscencia del parche de reparación utilizado durante la cirugía.