



4002-3. FACTORES ASOCIADOS A MUERTE SÚBITA Y TAQUICARDIA VENTRICULAR TRAS UN IMPLANTE VALVULAR PULMONAR

Francisco Buendía Fuentes¹, Herminio Morillas Climent², Ana Osa Sáez², Diana Domingo Valero², Anastasio Quesada Carmona², Óscar Cano Pérez², Joaquín Rueda Soriano² y Luis Martínez-Dolz² del ¹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia y ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Es habitual que los pacientes con disfunción del TSVD (tracto de salida ventrículo derecho) precisen implante valvular pulmonar. Tras la intervención, persiste riesgo de MS (muerte súbita) y TV (taquicardia ventricular). Planteamos analizar los casos intervenidos en nuestro centro en busca de factores relacionados con MS o TV tras cirugía.

Métodos: Estudio retrospectivo, 76 adultos (intervenidos con $33,9 \pm 12,3$ años), en los que se valvuló el TSVD (30,3% estenosis, 69,7% regurgitación). Se analizaron variables clínicas (NYHA, síncope, arritmias auriculares y ventriculares, esternotomías previas, tipo cardiopatía), datos ecocardiográficos y cardioRMN (tamaño y función biventricular, valvulopatía, lesiones asociadas) y duración QRS precirugía; datos quirúrgicos (tipo prótesis, cirugía tricúspide, cierre CIV). Además, se analizó los datos ecográficos y anchura del QRS en el primer año tras la intervención. Se realizó estudio univariado (t-Student en variables cuantitativas y χ^2 en discretas) y un modelo multivariado mediante regresión logística. Se analizaron curvas de supervivencia comparadas mediante *log rank*.

Resultados: Seguimiento medio de 2,8 años. Se registraron 3 TV y 2 MS (6,6% de eventos). Entre las variables precirugía, el síncope (3 de los 9 pacientes con síncope previo presentaron el evento) y el antecedente de TV (3 de los 7 pacientes con TV previa) alcanzaron significación estadística ($p = 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente). El cierre de CIV en la intervención mostró tendencia hacia la aparición del evento ($p = 0,093$). En el control ecocardiográfico tras la cirugía la FEVI y la fracción de acortamiento ventricular derecha se relacionaron con el evento, quedando la duración del QRS en el límite de la significación (tabla). En el modelo multivariado, mantuvieron significación estadística la FEVI tras cirugía y el antecedente de TV ($p = 0,023$ y $p = 0,025$ respectivamente). Se observó diferencia en la supervivencia libre de evento en los pacientes con antecedente de síncope ($p = 0,008$) o TV ($p < 0,001$).

Análisis univariado			
	TV o muerte súbita (n = 5)	Sin TV ni muerte súbita (n = 71)	p
Edad en cirugía (años)	$36,8 \pm 5,9$	$33,7 \pm 12,6$	0,593

Antecedente de TV(7 casos)	3	4	< 0,001
Antecedente de síncope (9 casos)	3	6	0,001
Cirugía combinada de CIV (11 casos)	2	9	0,093
FEVI pre-CCV (%)	54,0 ± 6,5	59,2 ± 6,1	0,071
Fracción acortamiento VD pre-CCV (%)	34,2 ± 11,4	38,3 ± 6,7	0,213
QRS pre-CCV (ms)	157,0 ± 16,7	149,8 ± 27,3	0,608
FEVI post-CCV (%)	52,1 ± 8,3	61,0 ± 4,3	< 0,001
Fracción acortamiento VD post-CCV (%)	34,2 ± 9,5	40,9 ± 5,6	0,017
QRS post-CCV (ms)	160,4 ± 13,8	145 ± 28,3	0,069

Conclusiones: Tras implante valvular pulmonar existe riesgo de MS y TV con 6,6% de eventos en 2,8 años de seguimiento medio. El antecedente de TV, síncope y los datos de función biventricular tras la cirugía se asocia al evento. Entre ellos, solo la TV previa y la FEVI tras cirugía se pueden considerar predictores de TV-muerte súbita.