Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 935

Revista Española de Cardiología

6029-370. IMPLANTE DE TAVI DE RESCATE TRAS ESTERNOTOMÍA ABORTADA DURANTE EL RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO QUIRÚRGICO: REGISTRO MULTICÉNTRICO

Javier Castrodeza[1], Ignacio J. Amat-Santos[1], Vicenç Serra[2], Luis Nímbela-Franco[3], D.R. Brinster[4], Enrique Gutiérrez-Ibañes[5], Luis Varela-Falcón[1] y José Alberto San Román Calvar[1] del [1]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, [2]Hospital Universitario Vall d';Hebron, Barcelona, [3]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [4]Lenox Hill Heart and Vascular Institute, Nueva York (Estados Unidos) y [5]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha incrementado el uso de prótesis aórtica a través de catéter (TAVI) pero simultáneamente ha aumentado el recambio valvular aórtico (RVA) quirúrgico en pacientes de mayor edad con estenosis aórtica (EA). Una consecuencia ha sido el aumento la intervención quirúrgica abortada una vez realizada la esternotomía. Nuestro objetivo fue analizar causas, incidencia, manejo y resultados de IAPE en estos pacientes.

Métodos: Se recopilaron en 5 centros (2009-2014) casos de EA aceptados para RVA sometidos a IAPE.

Resultados: Un total de 31 pacientes (71% varones, 74 ± 8 años, LogEuroSCORE:11,9 ± 7,4%) se sometieron a IAPE. Las principales razones de IAPE fueron aorta en porcelana no diagnosticada a priori en 83,9%, fibrosis por radioterapia en 12,9%, mediastinitis crónica en 3,2%. Cinco pacientes (16,1%) presentaron muerte intra-hospitalaria y 13 (41,9%) tuvieron complicaciones intra-hospitalarias: fibrilación auricular (12,9%), insuficiencia cardiaca (9,7%), sangrado mayor (9,7%), e insuficiencia renal aguda (6,4%). En 29 pacientes (93,5%) se realizó TAVI; solo en un caso se optó por nueva cirugía con implante de tuvo valvulado, complicado con muerte intrahospitalaria. Tres pacientes (10,3%) se sometieron a *bypass* coronario y 12 (41,4%) a revascularización percutánea. La mediana de tiempo entre IAPE y la siguiente intervención fue de 2,3 (IQR: 0,7-5,8) meses, sin mortalidad en ese periodo. El procedimiento TAVI fue exitoso (VARC-2) en el 76% de los casos, sin diferencias por tipo de prótesis (50% tras auto-expandible y 81% tras balón-expandible, p = 0,116), o abordaje (transfemoral: 21 pacientes, 76,2% de éxitos frente a transapical: 8 pacientes, 62,5% de éxito, p = 0,382). La combinación de transfemoral y prótesis balón-expandible presentó una tasa de éxito del 100%. Los pacientes de mayor edad (76 ± 8 frente a 70 ± 8 años, p = 0,045), los que tenían cirugía cardiaca previa (60 frente a 15,4%, p = 0,029) y los re-intervenidos más rápidamente (5,1 ± 5 frente a 1 ± 0,7 meses, p = 0,001) presentaron mayor mortalidad a 6-meses (global = 22,6%).

Conclusiones: La principal causa de IAPE fue la aorta en porcelana. La IAPE se asoció a alta tasa de complicaciones y mortalidad, sobre todo en los pacientes ? 76 años o con cirugía cardiaca previa, lo que sugiere que una estrategia preventiva basada en técnicas de imagen preintervención podría ser útil en estos subgrupos. La mayor parte de los pacientes se trataron con éxito mediante TAVI.