Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 672

Revista Española de Cardiología

6012-137. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR. ANÁLISIS COMPARATIVO SEGÚN CIRUGÍA CORRECTORA PREVIA

Patricia Arenas Martín[1], Paula Guedes Ramallo[2], Francisco Guillermo Clavel Ruipérez[3], Raquel Heredia Cambra[4], Francisco Buendía Fuentes[1], Maryem Ezzitouny[1], Víctor Roselló Pérez[1], Ana M. Osa Sáez[1], Joaquín Rueda Soriano[1] y Luis Martínez Dolz[1], del [1]Hospital Universitario La Fe, Valencia, [2]Hospital General Universitario de Elche, Elche (Alicante), [3]Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y [4]Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La atresia pulmonar con comunicación interventricular (AP + CIV) es una cardiopatía congénita compleja y heterogénea según los diferentes niveles de interrupción desde el ventrículo derecho al territorio pulmonar y por las variantes anatómicas de los vasos pulmonares. Planteamos un estudio comparativo de una cohorte de estos pacientes en función de la cirugía realizada (cirugía correctora o no correctora).

Métodos: Análisis descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico de AP + CIV y comparativo (?^{2} para variables cualitativas y t Student para cuantitativas) entre los 2 subgrupos (corregidos/no corregidos) de las características clínicas basales (edad, sexo, MAPCAS, ritmo sinusal, NYHA y satO2) y eventos cardiovasculares en el seguimiento (muerte, endocarditis, arritmias, ingreso por insuficiencia cardiaca (ICC) y necesidad de intervencionismo cardiaco). Comparación de la supervivencia mediante Kaplan-Meier (*log rank*) en función de si se había realizado cirugía correctora previa.

Resultados: Se analizaron 41 pacientes con diagnóstico de AP + CIV (2,1% del total de los pacientes controlados en una consulta). 26 p (63,4%) presentaban cirugía correctora previa y 15 p (36,6%) sin corrección. Los pacientes sin corrección anatómica eran mayores (35 ± 15 frente a 21,8 ± 8 años. p = 0,02), tenían menor Sat O2 (81 ± 6,2 frente a 91,6 ± 2, p 0,001) y peor clase funcional basal (NYHA II o III 93 frente a 41%) (tabla). Se realizó un seguimiento medio de 5,4 ± 2,8 años (2-10,3) y las complicaciones fueron muy frecuentes en la cohorte completa (corregidos y no corregidos). Se registraron 7 defunciones (17,1%), 3 por ICC, 1 hemoptisis, 1 neumonía y 2 por complicaciones relacionadas con cirugía (cirugía aórtica y trasplante cardiopulmonar). El grupo sin corrección anatómica presentó más ingresos por ICC (40 frente a 11,5%), arritmias (33,3 frente a 11,5%) y mayor mortalidad (40 frente a 3,8%). La supervivencia media a los 5 años de seguimiento (figura) fue mayor en los pacientes corregidos, 63 frente a 92% (p 0,006), aunque en un modelo multivariado (regresión de Cox) incluyendo la edad, la no corrección no era predictor independiente de mortalidad.

Características basales y evolución de ambos grupos.

	Total	Corregidos	No Corregidos	p
N	41	26	15	
Basal				
Mujeres	53,7%	46,2%	66,7%	0,17
Edad (años)	26,7 ± 12,3	22,1 ± 8,1	34,7 ± 14,5	0,024
MAPCAS	63,4%	26,2%	100%	0,01
SatO2 (%)	90,6 ± 8,9	96,6 ± 2	80,3 ± 6,3	0,001
Ritmo sinusal	90,3%	92,3%	87%	0,4
EF: I-II-III (%)	41,5-46,3-12,2	61,5-34,6-3,8	6,7-66,7-26,7	0,03
Evolución				
Muerte	17,1%	3,8%	40%	0,003
Arritmias	19,5%	11,5%	33,3%	0,04
Endocarditis	9,8%	7,7%	13,3%	0,5
Ingreso por ICC	21%	11,5%	40%	0,03
Intervencionismo	39%	46,2%	26,6%	0,12

MAPCAS: colaterales sistémico pulmonares; EF: estadio funcional de la NYHA; ICC: insuficiencia cardiaca.

Curvas de supervivencia de ambos grupos.

Conclusiones: La AP + CIV es cardiopatía muy poco prevalente y presenta una alta incidencia de complicaciones graves. En la edad adulta, las complicaciones y la mortalidad es significativamente menor en el grupo con cirugía correctora durante la infancia, aunque este grupo es más joven.