



4001-6. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA ERA DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

José María Vieitez Flórez¹, Juan Diego Sánchez¹, Gonzalo Alonso Salinas¹, Albert Ariza Solé², Álvaro Izquierdo Bajo², Carlos Merino Argos³, Irene Marco Clement³, Esteban López de Sá y Areses³, Ricardo Sanz-Ruiz³, Virginia Burgos Palacios⁴, Sergio Raposeiras Roubín⁵, José Luis Zamorano Gómez¹ y Marcelo Sanmartín Fernández¹, del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y ⁵Hospital POVISA, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: No disponemos de grandes registros de comunicación interventricular (CIV) tras infarto agudo de miocardio (IAM) en la era de la angioplastia primaria. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y anatómicas de los pacientes con CIV post-IAM en la mayor serie registrada hasta la fecha.

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico en el que se han recogido de manera consecutiva todas las CIV post-IAM entre los años 2008-2018 de 11 unidades coronarias españolas.

Resultados: Se incluyó a un total de 120 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 3,3 (0,8-4,4) años. Las características basales se describen en la tabla. La CIV se diagnosticó de mediana a los 2 días (0-5,5) desde el inicio de los síntomas del IAM; 90 pacientes (86,5%) se encontraban en *shock* cardiogénico en el momento del diagnóstico de la CIV. Se realizó cateterismo cardiaco en 99 pacientes (83,2%). El vaso culpable, la estrategia de revascularización y la estrategia de reparación de la CIV se resume en la tabla. En 75 pacientes (66,4%) la localización de la CIV fue apical frente a basal. La mediana del diámetro de la CIV fue de 1,5 cm (0,5-2); 18 pacientes presentaron otra complicación mecánica asociada, la más frecuente fue la rotura de pared libre en 11 (9,6%) pacientes. En 80 pacientes (67,8%) se implantó balón de contrapulsación (BCIAo), en 22 pacientes (18,3%) se implantó oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) y en 19 pacientes (15,8%) se utilizaron ambos dispositivos de manera conjunta. La mortalidad global fue de 64,3% y la mortalidad intrahospitalaria fue del 60%. En los supervivientes, la estancia en la unidad de cuidados críticos fue de 20 (9-37) días, mientras que la estancia hospitalaria fue de 34 (12-53) días.

Variable

Edad (años)	71,1 ± 12,46
Mujeres	51 (42,5%)

Diabetes mellitus	40 (33,3%)
Índice de masa corporal (kg/m ²)	26,8 ± 4
Fumador o exfumador	50 (41,7%)
Tasa de filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	54,3 ± 22
Evento cardiaco mayor previo (IAM o ACV)	12 (11,2%)
Enfermedad arterial periférica	6 (5,7%)
Riesgo previo por EuroSCORE II (%)	13,8 (8,1-29)
Vaso culpable	
DA	41 (42%)
CD	48 (49%)
Cx	3 (3%)
Tronco	2 (2%)
Estrategia de revascularización	
Percutánea	52 (52,9%)
Quirúrgica	31 (26,9%)
Sin revascularización	37 (30,1%)
Tratamiento de la CIV	
Reparación quirúrgica	79 (65,8%)

Reparación percutánea	9 (7,5%)
Trasplante	6 (5%)
Sin tratamiento para reparación	26 (21,6%)

ACV: accidente cerebrovascular, CD: arteria coronaria derecha, CIV: comunicación interventricular, Cx: arteria coronaria circunfleja. DA. Arteria descendente anterior, IAM: infarto agudo de miocardio

Conclusiones: La CIV post-IAM es una complicación con una mortalidad muy alta, en nuestra serie del 64,3%. Estos datos describen las características de la CIV post-IAM en la era de la reperfusión y pueden ayudar a planificar mejores estrategias terapéuticas.