



6017-190. EVOLUCIÓN DEL ACCESO VASCULAR PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA EN CORAZÓN NATIVO

Cristina Aguilera Agudo, Juan Francisco Oteo Domínguez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Xabier Cia Mendioroz, Fernando Domínguez Rodríguez, Arturo García Touchard, José Antonio Fernández Díaz, María del Trigo Espinosa, Francisco Javier Goicolea Ruigómez, Pablo García Pavía, Clara Salas Antón y Javier Segovia Cubero

Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La biopsia endomiocárdica (BEM) continua siendo necesaria para el diagnóstico de algunas formas de miocardiopatía. A pesar de que es un procedimiento de riesgo, la información obtenida con la misma resulta útil para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Su abordaje se ha realizado habitualmente mediante vía femoral para acceso al ventrículo derecho (VD) por la supuesta menor tasa de complicaciones de este abordaje, posteriormente y también mediante esta vía se accedió al ventrículo izquierdo (VI), siendo el abordaje más reciente la vía radial o cubital al lado izquierdo por su mayor comodidad. El objetivo de nuestro estudio fue comparar las vías de abordaje para realización de BEM en corazón nativo y sus complicaciones asociadas.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva los datos de 267 pacientes sometidos a BEM en nuestro centro entre 2005 y 2020, seleccionando entre éstos aquellos que se habían realizado vía femoral para acceso al VD (183), vía femoral para acceso al VI (23) y vía radial o cubital para acceso al VI (58), excluyendo del análisis los pacientes con BEM de ambos ventrículos. Centramos el análisis en comparar el tiempo empleado en el procedimiento, así como las complicaciones derivadas del mismo. Se consideraron complicaciones mayores el taponamiento cardiaco, la aparición de arritmias con inestabilidad hemodinámica asociada, la muerte y la hemorragia con inestabilidad hemodinámica. El resto se catalogó como menores.

Resultados: La vía radial no muestra mayores tasas de complicaciones que la femoral; el tiempo de escopia es menor aunque esto podría estar influenciado por la realización de otros estudios (fundamentalmente cateterismo derecho en los procedimientos con acceso al VD). Además la vía radial, aunque influenciado también por la distribución de la enfermedad de base, muestra una tendencia a mayor rentabilidad diagnóstica que la vía femoral (tanto para VI como para VD) aunque no significativa. Los resultados se presentan en la tabla.

Resultados del análisis

Variable (media o tantos por uno y desviación estándar)	Vía femoral para VD	Vía femoral para VI	Vía radial para VI	Comparación (F de Snedecor y significación)
---	---------------------	---------------------	--------------------	---

Tiempo empleado (min)	43,12 (19,196)	39,86 (24,028)	36,95 (16,083)	2,264 (p = 0,11)
Tiempo de escopia (min)	12,25 (6,590)	8,78 (4,532)	5,85 (3,015)	25,571 (p 0,00)
Realización de otros procedimientos	0,55 (0,499)	0,39 (0,499)	0,24 (0,432)	9,362 (p 0,00)
Complicaciones mayores	0,04 (0,192)	0,04 (0,209)	0,02 (0,131)	0,326 (p = 0,72)
Complicaciones menores	0,02 (0,127)	0,04 (209)	0,02 (0,131)	0,406 (p = 0,67)
Diagnóstico AP	0,5 (0,501)	0,52 (0,511)	0,63 (0,487)	1,576 (p = 0,21)

Conclusiones: En nuestra serie de BEM sobre corazón nativo, mostramos como el acceso al VI por vía radial constituye una estrategia segura y rápida, constituyendo un método más cómodo para el paciente y el hemodinamista que la tradicional vía femoral.