



5007-6. SEGUIMIENTO DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES OPERADOS DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR, ¿MEJORAN TRAS LA CIRUGÍA?

María Cristina Morante Perea¹, Pedro Lima Cañadas¹, Alejandro Gadella Fernández¹, Charlotte Boillot¹, Belén Santos González¹, Alfonso Cañas Cañas¹, Andrea Martínez Cámara², Marta Flores Hernán¹ y Luis Rodríguez Padial¹

¹Hospital General Universitario de Toledo, y ²Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo).

Resumen

Introducción y objetivos: La comunicación interauricular (CIA) representa aproximadamente un 10% de las cardiopatías congénitas del adulto. La más frecuente es CIA tipo *ostium secundum*. El beneficio del cierre temprano durante la infancia y adolescencia está establecido, sin embargo, existe cierta controversia del beneficio en pacientes adultos.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a cierre quirúrgico del defecto interauricular desde el 2003 hasta el 2022 en el Hospital Universitario. Se excluyó del análisis a los pacientes sometidos a otra cirugía concomitante y a aquellos que no tuvieron seguimiento cuantitativo del ventrículo derecho.

Resultados: Se incluyeron un total de 32 pacientes con una media de edad de 43 ± 13 años en el momento de la cirugía. El 75% eran mujeres. Se trataba de pacientes con escasas comorbilidades (5% HTA, 2% obesidad). El 90,6% tenían CIA tipo *ostium secundum* y el 9,6% CIA tipo seno venoso (SV). El tamaño del defecto fue $19 \pm 5,6$ mm. La técnica quirúrgica empleada fue corrección anatómica con parche bovino para CIA OS y doble parche con ampliación de vena cava superior para los pacientes con CIA SV. No hubo ninguna muerte hospitalaria ni durante los primeros 30 días. Durante el seguimiento, 2 pacientes fallecieron por causas no cardiológicas ni relacionadas con la cirugía. La FEVI media fue de 59% y el TAPSE de $25 \text{ mm} \pm 4$. El diámetro telediastólico basal del ventrículo derecho (medido en el plano cuatro cámaras) previo a la intervención fue de $46,7 \pm 4,8$ mm, siendo el del seguimiento de $40,3 \pm 4,8$ mm ($p 0,05$). La media de la velocidad máxima de la regurgitación tricuspídea fue de $2,9 \pm 0,7$ m/s previo a la intervención y de $2,2 \pm 0,5$ m/s tras la corrección anatómica, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p 0,05$). La PSAP estimada previa fue de 43 ± 13 mmHg y la posterior $28,29 \pm 9$ mmHg ($p 0,05$).

Comparación pre y poscirugía

	Precirugía	Poscirugía	p
DTD basal VD (mm)	$46,7 \pm 4,8$	$40,35 \pm 6,4$	0,05

V _{máx} IT (m/s)	2,9 ± 0,7	2,21 ± 0,5	0,05
PSAP (mmHg)	43,8 ± 17,5	28 ± 9	0,05
TAPSE (mm)	25,5		

DTD basal VD: diámetro telediastólico basal medido en el plano cuatro cámaras, V_{máx} IT: velocidad máxima de insuficiencia tricuspídea, PSAP: presión sistólica arteria pulmonar, TAPSE: Tricuspid annular plane systolic excursion.



Diámetro telediastólico basal del ventrículo derecho previo y posterior a la cirugía.

Conclusiones: En nuestro centro, los pacientes con CIA y dilatación de cavidades derechas sometidos a un cierre quirúrgico del defecto interauricular mostraron un remodelado favorable del ventrículo derecho, disminuyendo el diámetro telediastólico, el grado de insuficiencia tricuspídea y de PSAP estimada.