



15. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO EN LAS DISTINTAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CIANOSANTES CON LIMITACIÓN CRÍTICA DEL FLUJO A NIVEL VALVULAR PULMONAR

Luis Fernández González¹, Roberto Blanco Mata¹, Juan Carlos Alcívar Villa¹, M. Jesús Arriola Meabe¹, Koldo García San Román¹, Juan Carlos Astorga Burgo¹, Aída Acín Labarta¹, Juan Betere Reynolds¹, Josu Erquicia Peralt¹, Larraitz Orive Melero¹, Jagoba Larrazabal¹ y José Miguel Galdeano Miranda²

¹Cardiología. Hospital de Cruces, Barakaldo Vizcaya, España y ²Cardiología Pediátrica. Hospital de Cruces, Barakaldo Vizcaya, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las cardiopatías congénitas cianosantes con obstrucción grave al flujo pulmonar a nivel valvular que pueden ser inicialmente manejadas de forma percutánea son la estenosis pulmonar crítica (EP) y la atresia pulmonar con septo interventricular íntegro (APSI), dependiendo del tamaño ventricular derecho (VD) y de la presencia de circulación coronaria sinusoidal dependiente del VD. Analizamos los resultados a corto y largo plazo tras el tratamiento percutáneo de ambas patologías (EP y APSI), estudiando los detalles técnicos, las variables demográficas y ecocardiográficas, analizando la necesidad de flujo pulmonar adicional, las reintervenciones así como la evolución a fisiología biventricular.

Métodos: Estudio retrospectivo y comparativo incluyendo todos los pacientes con obstrucción crítica al flujo pulmonar tratados percutáneamente en nuestro centro desde el año 2000 hasta mayo de 2022. Se incluyeron 21 pacientes con APSI que precisaron perforación valvular (con guías coronarias dedicadas o catéter de radiofrecuencia en caso de fracaso) y 20 pacientes con EP crítica que precisaron valvuloplastia pulmonar emergente sin necesidad de perforación valvular.

Resultados: El procedimiento fue exitoso en el 95% de los casos, con 95% de acceso transfemoral en ambos grupos. No se observaron diferencias en cuanto a la edad, peso, tamaño o presión sistólica de VD en el momento del procedimiento. Se objetivaron menores tiempos de escopia, de procedimiento así en el grupo que no precisó perforación valvular. En el grupo de APSI se produjeron más complicaciones relacionadas con el procedimiento con 2 taponamientos, sin mortalidad relacionada con el procedimiento. En el seguimiento, los pacientes con APSI precisaron mayor necesidad de flujo pulmonar adicional (11 vs 2 fistulas sistémico-pulmonares y 4 vs 2 *stent* ductales), una mayor necesidad de reintervención a nivel del tracto de salida de VD de forma percutánea o quirúrgica (38 vs 20%) así como una mayor mortalidad a 1 mes y al año. Un único paciente con APSI precisó de anastomosis cavo-pulmonar (Glenn) en la evolución.

Conclusiones: La valvuloplastia pulmonar con o sin necesidad de perforación valvular se trata de procedimientos factibles en manos expertas, siendo de gran importancia un manejo previo y posterior en centros especializados dado la posibilidad de complicaciones que impliquen la necesidad de asociar otras terapias coadyuvantes en la evolución.