



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

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

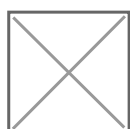
**Métodos:** Análisis descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico de AP + CIV y comparativo ( $\chi^2$  para variables cualitativas y t Student para cuantitativas) entre los 2 subgrupos (corregidos/no corregidos) de las características clínicas basales (edad, sexo, MAPCAS, ritmo sinusal, NYHA y satO<sub>2</sub>) 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 ( $35 \pm 15$  frente a  $21,8 \pm 8$  años.  $p = 0,02$ ), tenían menor Sat O<sub>2</sub> ( $81 \pm 6,2$  frente a  $91,6 \pm 2$ ,  $p 0,001$ ) y peor clase funcional basal (NYHA II o III 93 frente a 41%) (tabla). Se realizó un seguimiento medio de  $5,4 \pm 2,8$  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 cardíaca.



*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.