



4026-4. REGISTRO CLÍNICO DEL RESULTADO A LARGO PLAZO DE LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS DE CIERRE DE DEFECTOS DEL SEPTO INTERAURICULAR

Ignacio Jesús Amat Santos, Marta Pinedo Gago, Laura Maroto, Horacio Valenzuela, Iria Carlota Duro Aguado, Federico Gimeno de Carlos, Itziar Gómez y José Alberto San Román Calvar del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

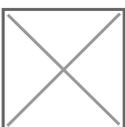
Resumen

Antecedentes: Las estrategias cierre de defectos del septo interauricular (DSIA) han evolucionado en las últimas décadas hacia la una menor invasividad tanto en el intervencionismo percutáneo como en las maniobras quirúrgicas.

Objetivos: Registro de los pacientes sometidos a cierre de DSIA en nuestro centro y comparación de su evolución clínica en función de la estrategia terapéutica.

Métodos: Se reclutaron 89 pacientes consecutivos diagnosticados de DSIA. Los criterios para cierre percutáneo fueron: tipo ostium secundum (OS), bordes > 5 mm (salvo dos con borde retroaórtico < 5 mm) y tamaño apto del defecto. Los criterios quirúrgicos: Cualquier tipo de DSIA y borde o tamaño del mismo no adecuado para cierre percutáneo. Los datos se analizaron retrospectivamente con tests noparamétricos mediante el package estadístico SPSS 15.

Resultados: En 47 (53%) pacientes el cierre del DSIA fue percutáneo y en 42 (47%) quirúrgico. En la mayoría de las características basales no hubo diferencias significativas (tabla). Sin embargo se encontraron diferencias en: ritmo basal (más FA en percutáneas), tamaño del DSIA y PSAP basal. El 100% de los tratados percutáneamente fueron tipo OS; en los quirúrgicos la distribución fue: 60% OS, 12,5% Ostium Primum, 25% tipo seno venoso y 2,5% OS más drenaje venoso pulmonar anómalo. Ningún paciente tenía disfunción ventricular izquierda y solo uno de los quirúrgicos tenía disfunción de ventrículo derecho. Inicialmente 2 casos percutáneos (4%) fueron fallidos con conversión a cirugía. Hubo más complicaciones en el grupo quirúrgico (20,5% vs 0% p 0,001): necesidad de marcapasos, derrame pleural y pericárdico, distrés, infección de la herida y más mortalidad con 2 exitus intrahospitalarios (por un ictus y un sd. de distrés respiratorio), sin significación (p 0,209). En el seguimiento (percutáneas: 2.129d, DE: 931; quirúrgicas: 2.278, DE: 1.176), hubo más shunt residual en percutáneos (17% vs 0% p 0,008) y peor clase funcional (CF-I NYHA 65% vs 78% p 0,026). Pero el grupo quirúrgico presentó más FA de novo 10,6 vs 23,5% p 0,03. No hubo diferencias significativas en mortalidad a largo plazo.



Conclusiones: Ambas estrategias tienen buen resultado con baja mortalidad. El riesgo de la corrección quirúrgica es mayor quizá por una anatomía basal más compleja. Como en otras patologías, la necesidad de

toracotomía parece asociarse a mayor incidencia de nueva FA.