



6000-246. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ECOCARDIOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR INSUFICIENCIA AÓRTICA

Cecilia Corros Vicente, Ana García Campos, Ana Lucía Tellería Torres, María Martín Fernández, María Luisa Rodríguez Suárez, José López Menéndez, Jesús María de la Hera Galarza y José Luis Lambert Rodríguez del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y Área del Corazón.

Resumen

Introducción: La insuficiencia aórtica (IA) puede tener múltiples etiologías que pueden afectar directamente a la válvula (VA) o bien involucrar a la aorta sin afectación anatómica de la VA. La identificación del mecanismo puede tener una relevancia especial en la elección de la técnica quirúrgica. Por otra parte la historia natural y el momento de la cirugía van a venir también condicionados por el mecanismo causal, por ello, su identificación resulta de especial interés.

Objetivos: Identificar las características clínicas, ecocardiográficas y los resultados quirúrgicos de los pacientes (pt) con IA sometidos a cirugía en nuestro centro.

Métodos: Entre enero de 2007 y enero de 2012 se intervino en nuestro centro a 87 pt consecutivos con el diagnóstico de IA. Los pt con otra enfermedad valvular o cardiopatía isquémica fueron excluidos. Aquellos pt en los que no se disponía de un estudio ecocardiográfico pre y postoperatorio en nuestro centro también fueron excluidos. En total se analizaron 42 pt.

Resultados: Un 79% eran hombres, 64% hipertensos, 10% diabetes mellitus, 21% dislipidemia y 17% fumadores. El grado funcional de la NYHA fue II-III en 73% y un 14% presentó episodios de ICC. Los métodos cuantitativos para la estimación de la gravedad fueron la vena contracta en 69% y anchura del chorro en 62%. Se observó válvula bicúspide (VAB) en 29% de pt. El mecanismo de la IA fue: 26% por dilatación de aorta ascendente (AA), 17% prolapso, 24% degenerativa y 26% endocarditis (18% sobre VAB). La dirección del chorro fue central en 31%, excéntrico 50%, varios chorros 10%. La AA presentaba un diámetro mayor a 45 mm en 80% de casos y mayor a 50 mm en 33% de pt. El DTDVI fue 58 mm (DE9), DTS39mm (DE11), FEVI 59% (DE9). En el seguimiento la regresión de las dimensiones ventriculares fue significativa (DTD 49 mm $p = 0,005$, DTS 32 mm $p = 0,001$). En cuanto a la técnica quirúrgica: 50% se implantó una prótesis valvular, 43% sustitución de la AA y sólo en 5% se realizó una cirugía conservadora de la VA (CCVA). La mortalidad intrahospitalaria fue del 5%.

Conclusiones: La principal causa de IA en nuestro medio es la dilatación de AA asociada o no a enfermedad degenerativa, sin embargo la endocarditis presentó una incidencia mayor que en otras series. Los pt presentaron sintomatología con una frecuencia superior a la esperada. Las técnicas de CCVA siguen teniendo un papel reducido.