



6009-394. NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN TRAS EL CIERRE PERCUTÁNEO DE LAS DEHISCENCIAS PERIPROTÉSICAS MITRALES

Jorge Rodríguez Capitán¹, Pablo Díez Villanueva², Chad Kliger³, Robert Kumar³, Vladimir Jelnin³, Itzhak Kronzon³, Gila Perk³ y Carlos Ruiz³ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y ³Lenox Hill Heart and Vascular Institute of New York, New York City.

Resumen

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de las dehiscencias periprotésicas (DP) ha demostrado una alta tasa de éxitos, aunque la incidencia de reintervenciones realizadas para mantener sus buenos resultados clínicos es desconocida. Nuestro objetivo fue evaluar la necesidad de una segunda intervención tras el cierre percutáneo de DP mitral, e identificar factores predictores.

Métodos: Revisamos retrospectivamente 61 pacientes consecutivos con una o más DP mitrales que fueron sometidos con éxito (definido como el implante de un dispositivo ocluidor) a cierre percutáneo de uno o dos de los defectos, que fueron considerados los principales (10/2007-10/2012). Recogimos las características clínicas, de las DP y del procedimiento y la cuantía de la regurgitación periprotésica tras el cierre. El tamaño de las DP fue medido por TAC según el ángulo que representó respecto a la circunferencia de la prótesis. Analizamos la incidencia, la indicación y los predictores de un segundo cierre percutáneo a medio plazo.

Resultados: Se cerraron 69 DP. El seguimiento se completó en el 96,7% de los pacientes (mediana 6 meses). Dieciocho pacientes (29,5%) fueron reintervenidos, 7 por la presencia de regurgitación residual al menos moderada y sintomática tras el cierre, 2 por embolización del dispositivo ocluidor, uno por la presencia de otra DP inicialmente no cerrada al suponerse no sintomática y 8 por extensión de una DP que había sido correctamente ocluida por el dispositivo y que tras el primer procedimiento no mostró regurgitación residual. Se asociaron a la necesidad de reintervención, mediante análisis univariable, el tamaño de dehiscencia mayor de 40°, la localización de la DP distinta de la paraaórtica y la presencia de regurgitación al menos moderada tras el cierre. Sólo la última se mantuvo como predictora mediante análisis multivariable (HR 13,5 IC95% 4,3-42, p < 0,001).

Análisis univariable de los predictores de reintervención mediante regresión de Cox

	Hazard Ratio	p
Edad (años)	0,99 (0,95-1,03)	0,78
Sexo femenino (%)	0,79 (0,3-2,05)	0,63

Presencia de hemólisis (%)	1,07 (0,38-3,02)	0,89
Grado funcional II de la NYHA (%)	0,55 (0,07-4,17)	0,56
Grado funcional III de la NYHA (%)	1,49 (0,55-4,01)	0,43
Grado funcional IV de la NYHA (%)	0,78 (0,27-2,2)	0,64
Tamaño dehiscencia mayor de 40° (%)	3,42 (1,33-8,78)	0,01
Valvulopatía secundaria a endocarditis (%)	1,19 (0,33-4,24)	0,79
Valvulopatía reumática (%)	0,9 (0,32-2,52)	0,85
Valvulopatía degenerativa (%)	0,94 (0,26-3,36)	0,92
Valvulopatía de origen isquémico (%)	1,3 (0,36-4,7)	0,68
Prótesis mitral mecánica (%)	1,1 (0,41-2,96)	0,83
Historia de más de una sustitución mitral (%)	1,4 (0,55-3,7)	0,47
Dehiscencia localización paraaórtica (10-2 horas) (%)	0,34 (0,12-0,97)	0,044
Dehiscencia localización 6-10 horas (%)	1,52 (0,58-3,9)	0,38
Dehiscencia localización 2-6 horas (%)	2,22 (0,84-5,83)	0,1
Implante de más de un dispositivo de cierre (%)	2,23 (0,87-5,69)	0,09
Tiempo de fluoroscopia (%)	1,001 (0,98-1,01)	0,93
Regurgitación residual moderada o mayor tras el cierre (%)	13,58 (4,39-42)	< 0,00

Conclusiones: La necesidad de una nueva intervención tras el cierre percutáneo de DP mitral fue elevada y sus causas más frecuentes fueron la extensión de una DP inicialmente bien ocluida y la presencia de regurgitación residual por un insuficiente cierre. El único factor predictor de reintervención fue la

regurgitación paravalvular al menos moderada tras el cierre.