



6013-442. EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA EN EL NIÑO ESCOLAR Y ADOLESCENTE. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Tomasa Centella Centella Hernández, Luis Fernández Pineda, María Jesús Lamas Hernández, Pablo César Prada Arrondo, Ana Coca Pérez, Elvira Garrido Lestache, Inmaculada Sánchez Pérez y Ricardo Gómez González del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de la evolución en el diagnóstico y las técnicas quirúrgicas, el manejo óptimo de la valvulopatía aórtica en el niño sigue siendo motivo de controversia. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la evolución de los escolares y adolescentes intervenidos en nuestro centro para reparación o sustitución de la válvula aórtica.

Métodos: Desde el 1 de enero de 1988 hasta el 31 de diciembre de 2011 se han intervenido 97 niños/adolescentes mayores de cuatro años para corrección de una valvulopatía aórtica. La mayoría fueron varones 68,1% con una edad media de 10,14 años (rango 4-18).

Resultados: El 27,8% habían presentado intervencionismo previo y el 28,9% alguna cirugía anterior al periodo de estudio. El 34% eran portadores de una válvula aórtica bicúspide. El 56,7% se intervinieron por estenosis aórtica, seguidos del 29,9% que fueron por insuficiencia y del 9,2% de doble lesión. 2 pacientes presentaron endocarditis y en 2 pacientes se asoció a la insuficiencia aórtica un aneurisma de la raíz. El 51,4% (n = 50) necesitaron algún tipo de sustituto de la válvula aórtica, realizándose ampliación del anillo en 15 pacientes, la técnica de Konno en 3 pacientes, técnica Bentall y en 5 pacientes asociada a tubo supracoronario. En el 59,6% de los pacientes se realizó reparación valvular (40,1% comisurotomía y otro tipo plastia en el 19,5%). El seguimiento medio fue de 17,02 años (rango 4 meses-34,17 años). 32 pacientes necesitaron ser reintervenidos en el seguimiento (34%) siendo el tiempo medio a la reintervención de 7,87 años (1 mes-20,2 años). La tabla muestra las reintervenciones según la técnica utilizada. La mortalidad en la cirugía en el seguimiento fue del 5,2%.

Reintervenciones en el seguimiento según la técnica quirúrgica utilizada				
	Reint/total	Causa	Tiempo a la reinter.	Porcen. (%)
Comisurotomía (15 SVA y 1 nueva reparación)	16/39	5 insuficiencia	10,26a (1m-20a)	41,03% ns
		11 estenosis		

Plastia (1 Bentall, 1 PA)	2/18	2 insuficiencia	2 y 7 años	11,1% ns
Prótesis aórtica (10 PA)	10/50	6 dehiscencia	6,1a (2-10a)	20% ns
		4 reestenosis		
		1 endocarditis		
Bentall	0/3			
Konno (1 PA)	1/3	1 reestenosis.	8 a	
Ampliación del anillo (3 PA)	3/15	1 endocarditis	8, 2 y 5 a.	
		2 dehiscencia		
Tubo supracoronario	0/5			

Conclusiones: La reparación quirúrgica de la válvula aórtica en el niño y adolescente es una técnica con buenos resultados a largo plazo, que permite retrasar la implantación de una prótesis hasta el crecimiento del niño. No obstante, la anatomía de la válvula, los procedimientos previos realizados y la experiencia del cirujano pueden hacer necesaria la implantación de una prótesis con buenos resultados y baja mortalidad en caso de reintervención.