



## 6028-306. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL CIERRE QUIRÚRGICO FRENTE A PERCUTÁNEO DE DEHISCENCIAS PARAVALVULARES PROTÉSICAS: UN ANÁLISIS NO ALEATORIZADO

Rocío Ángulo Llanos<sup>1</sup>, Fernando Sarnago Cebada<sup>1</sup>, Allan Roberto Rivera Juárez<sup>1</sup>, Jaime Elízaga Corrales<sup>1</sup>, Gregorio Cuerpo<sup>2</sup>, Enrique Gutiérrez Ibañes<sup>1</sup>, Ricardo Sanz Ruiz<sup>1</sup> y Francisco Fernández Avilés<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El cierre percutáneo de dehiscencias paravalvulares (LPV) es una alternativa a la cirugía en pacientes de alto riesgo. Sin embargo los factores predictores de éxito del procedimiento y de mejoría tras el procedimiento no están bien establecidos. El objetivo es revisar nuestra experiencia en el tratamiento de las dehiscencias paravalvulares así como evaluar la eficacia, la mortalidad hospitalaria, predictores de éxito y los resultados, realizando además una comparación con una cohorte quirúrgica.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de cierre percutáneo de LPV entre los años 2008-2014. La supervivencia y los resultados se compararon con una cohorte de control quirúrgico.

**Resultados:** Se intentó el cierre percutáneo LPV en 51 pacientes, siendo exitoso en el 78,4% de los pacientes. El grupo quirúrgico estaba formado por 36 pacientes. Los defectos fueron perimitrales en 67 pacientes (77%). Seguimiento medio fue de 784,5 días. Tras realizar análisis por *propensity score*, la mortalidad hospitalaria fue mayor en el grupo quirúrgico (30,6% frente a 9,8%, OR 6, p 0,01). La mejoría clínica fue mayor en el grupo percutáneo (71,4%, 36,4% frente a, p 0,002). El análisis multivariado mostró que presentar unas cifras de creatinina normales (OR 15, p 0,001) fue predictor independiente de la mejoría clínica. La edad avanzada (OR 10,7, p 0,001), la insuficiencia renal (OR 18, p 0,01), la clase funcional avanzada y la ausencia de mejoría clínica (OR 3,9; p 0,001) fueron predictores de mayor riesgo de muerte por todas las causas y/o necesidad de reingreso hospitalarios. No hubo diferencias en la supervivencia libre muerte y reingreso en función del tratamiento recibido (quirúrgico o percutáneo).

| Análisis univariado-multivariado para el objetivo compuesto (mortalidad y/o reingreso) |            |      |      |              |       |
|--|------------|------|------|--------------|-------|
|  | Univariado |      |      | Multivariado |       |
|  | OR         | p    |      | OR           | P     |
| Hipertensión pulmonar  | 1,83       | 0,18 | Edad | 10,7         | 0,001 |

|                                |      |       |                             |      |       |
|--------------------------------|------|-------|-----------------------------|------|-------|
| Disfunción ventricular derecha | 4,18 | 0,04  | NYHA II                     | 0,31 | 0,02  |
| Ausencia de mejoría clínica    | 17   | 0,001 | Ausencia de mejoría clínica | 3,95 | 0,001 |
| Creatinina                     | 5,6  | 0,08  | Insuficiencia Renal         | 1,8  | 0,01  |
| STS <i>score</i>               | 4,55 | 0,03  |                             |      |       |
| EuroSCORE II                   | 5,6  | 0,02  |                             |      |       |

**Conclusiones:** El cierre percutáneo LPV tiene una tasa razonable de éxito y baja tasa de complicaciones, y los resultados se comparan favorablemente con el tratamiento quirúrgico. Los pacientes mayores, en peor clase funcional y con insuficiencia renal tienen peor pronóstico, incluso después de un cierre exitoso. PVL es una complicación que se desarrolla generalmente temprano. Debemos considerar un diagnóstico activo para lograr un tratamiento precoz.