



4001-3. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSINFARTO: BUSCANDO LA MEJOR ESTRATEGIA

José María Vieitez Flórez¹, Juan Diego Sánchez¹, Gonzalo Alonso Salinas¹, Albert Ariza Solé², Álvaro Izquierdo Bajo², Carlos Merino Argos³, Irene Marco Clement³, Esteban López de Sá y Areses³, Ricardo Sanz Ruíz³, Virginia Burgos Palacios⁴, Sergio Raposeiras Roubín⁵, Lorena Malagón López⁶, José Luis Zamorano Gómez¹ y Marcelo Sanmartín Fernández¹, del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ⁵Hospital POVISA, Vigo (Pontevedra) y ⁶Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: Apenas disponemos de datos en la literatura sobre los resultados en la era de la angioplastia primaria de la reparación quirúrgica de la comunicación interventricular (CIV) tras infarto agudo de miocardio (IAM). El objetivo de este estudio es estudiar la mejor estrategia quirúrgica en la mayor serie registrada hasta la fecha.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que han participado 11 hospitales terciarios españoles con servicio de cirugía cardíaca. Se incluyó de manera consecutiva a todos los pacientes con CIV post-IAM que se sometidos a cirugía de reparación.

Resultados: Se incluyó a un total de 79 pacientes. Las características basales se exponen en la tabla. La mediana de seguimiento fue de 3 (1,6-4,7) años. La arteria responsable del IAM, la estrategia de revascularización y la localización de la CIV se refleja en la tabla. La mediana desde el inicio de los síntomas hasta la reparación quirúrgica fue de 5 días (1,5-10,5); 46 pacientes (58,23%) se intervinieron dentro de la primera semana. La mortalidad total fue de 53,2% (42 pacientes), con una tasa de mortalidad intrahospitalaria de 49,4% (39 pacientes). 8 pacientes (10,3%) fallecieron en el quirófano. Hasta 25 pacientes (32%) necesitaron algún tipo de asistencia ventricular a la salida del quirófano. En 14 pacientes (18,7%) fue necesario la reintervención por cualquier causa. 16 pacientes (21,3%) sufrieron dehiscencia del parche. Si comparamos a los pacientes intervenidos antes de los 7 días desde los síntomas del IAM con aquellos intervenidos después de la primera semana, no se observan diferencias en cuanto a la mortalidad total (54,4 frente a 51,5%; $p = 0,803$). Estudiando la estrategia de implante de oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) para estabilizar al paciente previo a la cirugía, se observa una tendencia hacia una menor mortalidad en los pacientes que se siguió esta estrategia (41,6 frente a 55,2%; $p = 0,290$). Las CIV basales se relacionaron con una mayor necesidad de reintervención (37,9 frente a 4,7%; $p = 0,005$) y una tendencia a presentar una mayor mortalidad (68,3 frente a 47,8%; $p = 0,185$).

Características basales de la población

Variable

Edad (años)	68,2 ± 11,9
Sexo femenino	31 (39,2%)
Diabetes mellitus	27(34,2%)
Índice de masa corporal (kg/m ²)	26,7 ± 3,8
Fumador o exfumador	33 (41,8%)
Tasa de filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	54,9 ± 21
IAM previo	4 (5,1%)
EuroSCORE II (%)	13,4 (7,8-28,1)
Cateterismo diagnóstico	71 (89,9%)
Vaso culpable	
DA	30 (43,5%)
CD	33 (47,8%)
Cx	3 (4,4%)
Tronco	1(1,5%)
Estrategia de revascularización	
Percutánea	33 (41,8%)
Quirúrgica	30 (38%)
Sin revascularización	25 (31,6%)

Localización CIV

Apical	48 (63,2%)
Basal	30 (39,5%)

CD: arteria coronaria derecha, CIV: comunicación interventricular, Cx: arteria coronaria circunfleja. DA. Arteria descendente anterior, IAM: infarto agudo de miocardio.



Diferencias en mortalidad.

Conclusiones: La mortalidad de la reparación de la CIV post-IAM continúa siendo muy alta. En este estudio no se ha encontrado diferencias entre realizar la cirugía antes o después de la primera semana tras el inicio de los síntomas, aunque si se observa una tendencia hacia una menor mortalidad estabilizando a los pacientes con ECMO previo a la cirugía.