

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

54.º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología Congreso Andaluz de las Enfermedades Cardiovasculares

Sevilla, 16-18 de mayo de 2019

COMUNICACIONES PÓSTER FÓRUM*

Sesión I

420/39. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y FIBROSIS. EFECTOS SOBRE LA FUNCIÓN MIOCÁRDICA REGIONAL

N. Cobo Gómez, N. González Alemany, A. Moya Martín y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El deterioro de la función regional contráctil es un hallazgo frecuente en la miocardiopatía hipertrófica (MH) y sus fenocopias. El objetivo de nuestro estudio es investigar la contribución de las diferentes características tisulares en la función regional contráctil en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda.

Métodos: Se analizó mediante el software de Tissue Tracking (Qstrain, Medis, Leiden) los parámetros de deformación miocárdica global y regional a partir de las imágenes de cine SSFP obtenidas por CMR 1,5 T de 60 pacientes con hipertrofia ventricular izquierda de distinta etiología. Se realizó un modelo de efectos mixtos para evaluar la asociación entre los parámetros de strain regional de cada segmento miocárdico con su espesor regional y la presencia o no de realce tardío en él.

Resultados: En el análisis univariante tanto el espesor del segmento como la presencia en él de realce tardío (LGE) tienen una asociación estadísticamente significativa con los parámetros de strain regional longitudinal, radial y circunferencial. En el análisis multivariante (incluimos el espesor del segmento y presencia de LGE) tanto el espesor del segmento, como la presencia de LGE tienen asociación estadísticamente significativa con los parámetros de strain regional longitudinal: espesor (beta 0,336 (IC95% 0,152; 0,521), $p < 0,001$); LGE (2,444 (IC95% 0,599; 4,288), $p = 0,01$), para el strain regional radial: espesor (beta -4,669 (IC95% -5,517; -3,822), $p < 0,001$); LGE (-10,279 (IC95% -18,886; -1,671), $p < 0,019$), y para el strain regional circunferencial (beta 0,538 (IC95% 0,387; 0,689), $p < 0,001$); LGE (beta 3,859 (2,347; 5,370), $p < 0,001$).

Conclusiones: El deterioro de la función contráctil regional en la hipertrofia ventricular izquierda está condicionado por el grado de hipertrofia y la presencia de fibrosis extracelular.

420/45. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DEL USO DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

M. Carrillo Bailén, J. Torres Llergo, M. Fernández Olmo, M. Puentes Chiachio, M. Padilla Pérez y J. Fernández Guerrero

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Sacubitrilo/valsartán (S/V) ha demostrado reducir la mortalidad y reingresos por insuficiencia cardíaca (IC) en IC con fracción de eyección reducida (FER). Objetivo: analizar el perfil clínico de su uso y el impacto pronóstico aportado en el ámbito de vida real.

Métodos: Estudio analítico prospectivo y monocéntrico de 225 pacientes con IC FER incluidos en una unidad de IC a lo largo de un período de 56 meses. Se compararon las características clínicas del uso de S/V y su impacto en la morbimortalidad.

Resultados: En el grupo de S/V ($n = 74$) hubo una menor proporción de mujeres (17,6 frente a 28,7%; $p = 0,07$), eran mayores ($64,2 \pm 11,2$ frente a $60,9 \pm 11,6$; $p = 0,04$), mayor IAM previo (32,4 frente a 18,5%; $p = 0,02$), sin diferencias en la presencia de insuficiencia renal crónica, FE, NT-proBNP, ingresos previos ni clase funcional NYHA. El uso de betabloqueantes (94,6 frente a 94%; $p = 0,86$), ARM (74,3 frente a 76,8; $p = 0,68$), ivabradina y diuréticos fue similar. Excluyendo los pacientes que finalizaron el programa de seguimiento de la unidad, los que recibían tratamiento con S/V (con un menor tiempo medio de seguimiento $18,8 \pm 10$ frente a $23,9 \pm 14,8$ meses; $p = 0,01$) presentaron menos reingresos por IC (5,7 frente a 16,9%; $p = 0,03$) y menor mortalidad (4,3 frente a 24,1%; $p = 0,001$). En el análisis multivariante, el único predictor independiente de reducción de mortalidad fue el uso de S/V (OR 0,14 IC 0,03-0,68; $p = 0,01$).

Conclusiones: En esta cohorte de IC FER, los pacientes bajo tratamiento con S/V muestran un perfil clínico similar al del grupo IECA/ARAI. Con un tiempo de seguimiento menor, S/V reduce reingresos por IC y mortalidad.

*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

420/50. ESTUDIO VALIENTE: PRESENCIA DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA

M. Roa Garrido, M. Gracia Hiraldo, F. Landero García, I. Sánchez Fernández, P. Gómez Fernández, E. Bobo Masso, A. Gómez Menchero, R. Cerdenal Piris, S. Camacho Freire y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Está descrita la disfunción endotelial (DE) como mecanismo contribuyente a la angina y aterosclerosis. El test de acetilcolina (TA) con una respuesta vasoconstrictora moderada refleja la existencia de disfunción endotelial que puede contribuir a generar isquemia miocárdica. Objetivo: analizar tipo de respuesta en TA en pacientes con revascularización completa percutánea previa (RCP) y persistencia de angina.

Métodos: N = 34 con angina y/o test de inducción de isquemia positivo y coronariografía con estenosis coronaria angiográfica < 70%. Inclusión: 1 enero hasta 31 diciembre de 2018. Se realiza TA según protocolo de estudio (previa firma de consentimiento informado y valoración del estudio por comité ético).

Resultados: Edad media 64,15 ± 8,4 años, 53% diabéticos y 23,5% con tabaquismo activo. TA fue positivo en 67,6%, en su mayoría con cambios de ST y T negativa (43,47%) y de forma distal y difusa (78,3%). La dosis mínima de 2 microgramos fue suficiente para positividad en 52,2%. En relación al tratamiento sintomático, 85% estaban con betabloqueantes (BB) y 52,2% con calcioantagonistas (CA). En el análisis multifactorial, el factor que más se relacionó con TA positivo fue la diabetes.

Conclusiones: La DE puede justificar dos terceras partes de pacientes con RCP y persistencia de angina, afectando de forma difusa y a mínimas dosis de acetilcolina en la mayoría de los casos. Estos pacientes son tratados en su mayoría con BB y quizás podrían beneficiarse de reajuste de tratamiento con CA.

420/113. RELACIÓN ENTRE EL INTERVALO DEL TRÁNSITO DEL PULSO Y LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

E. Cabrera Borrego, R. Rivera López, M. Jiménez Fernández y F. Jaén Águila

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Analizar la correlación entre el intervalo de tránsito del pulso (ITP), como medida indirecta de rigidez arterial, medido en la poligrafía de pacientes con SAHS y su correlación con eventos cardiovasculares y mortalidad en el seguimiento.

Métodos: Se diseñó un estudio de casos y controles anidado en una cohorte, siendo la cohorte aquellos pacientes diagnosticados de SAHS en nuestro centro durante 2010 (n = 538). Los casos (n = 46) fueron aquellos con eventos cardiovasculares o muerte durante el seguimiento. Los controles (n = 46) se aparearon por sexo eligiendo el inmediatamente posterior. Se evaluó el ITP medio de los casos y controles realizando posteriormente análisis multivariante con regresión logística incluyendo aquellas variables con un valor p inferior a 0,20.

Resultados: Los casos presentaron un menor ITP con respecto a los controles (299,9 ± 16,9 frente a 306,0 ± 12,8; p = 0,05). Se encontraron diferencias entre casos y controles en los siguientes parámetros: HTA (79,2% frente a 64,6%, p = 0,11), gravedad del SAHS (SAHS grave 60,8 frente a 39,2, p = 0,07),

filtrado glomerular (69,3 ± 27,4 frente a 85,5 ± 19,9, p = 0,01), edad (70,36 ± 10,2 frente a 63,1 ± 10,9, p = 0,01), fumador o exfumador (62,5% frente a 41,6%, p = 0,07), EPOC (29,2% frente a 14,6%, p = 0,08) y saturación media nocturna (90,5 ± 2,7 frente a 92,2 ± 1,8, p = 0,01). El resultado del análisis multivariante se obtuvo significación estadística en cuatro variables: fumador (OR 3,6; p 0,017), filtrado glomerular (OR 1,02; p 0,020), ITP medio (OR 1,03; p 0,043) y saturación media (OR 1,26; p 0,040).

Conclusiones: El ITP parece ser una herramienta útil a la hora de estudiar el riesgo cardiovascular y muerte de los pacientes con SAHS, si bien son necesarios trabajos prospectivos específicamente diseñados para analizar tal relación.

420/138. EXPERIENCIA INICIAL CON TICAGRELOR 60 MG MÁS ALLÁ DEL PRIMER AÑO SCA: ¿IDENTIFICAMOS A LOS PACIENTES?

M. Fernández Olmo, J. Torres Llergo, M. Carrillo Bailén, M. Puentes Chiachio, M. Martín Toro y J. Fernández Guerrero

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La duración de la doble antiagregación es una cuestión controvertida, estudios como PEGASUS, que ha demostrado reducir los eventos cardiovasculares con ticagrelor más allá del primer año del síndrome coronario agudo (SCA), con un ligero aumento de los sangrados. La valoración del riesgo hemorrágico e isquémico, es fundamental para la identificación del paciente que debe prolongar. Objetivo: evaluar el perfil de paciente que en la práctica clínica real continúa con doble antiagregación más allá del primer año del SCA.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes que iniciaron ticagrelor 60 mg/12 h tras el primer año del SCA, desde enero'18 hasta enero'19.

Resultados: n 54. Edad 64,2. Hombres 87%. HTA 64,8%, dislipemia 53,7%, diabetes mellitus 59,3%, tabaquismo 51,9%, ERC 17%. 29,6% habían tenido un evento coronario previo, 7,4% un ictus y el 20,4% enfermedad arterial periférica. El 41,5% habían presentado un SCACEST, 22,2% fracción de eyección deprimida, 75,9% presentaban enfermedad multivaso y el 57,4% revascularización percutánea compleja. El 100% estaban con AAS 100 mg, 92,6% betabloqueantes, 96,3% estatinas, 89% IECA/ARAI/ARNI y el 60,4% rehabilitación cardíaca. En el 88,9% no hubo interrupción de la doble antiagregación tras el 1º año. El 96% presentaban 2 criterios del estudio Pegasus (media 3,11), el 72% DAPT score > 2 (media 2,51) y el 83% el PRECISE DAPT < 25 y 64% < 18 (media 16,5). En un tiempo medio de seguimiento de 7,5 meses, hubo 4 abandonos del tratamiento, una de ellas por un sangrado menor.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica real, los pacientes que continúan con ticagrelor 60 mg/12h más allá del primer año tras un SCA, presentan en la mayoría de ellos un bajo riesgo hemorrágico y alto riesgo isquémico.

420/177. SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA. DATOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Rivadeneira Ruiz, D. Arroyo Moñino, F. Cortés Cortés, M. Ruiz García, M. Fernández Valenzuela, A. Alcaide Calleja, A. Castro Fernández y A. Recio Mayoral

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Sacubitrilo-valsartán (S/V) ha mostrado una significativa reducción de hospitalizaciones y mortalidad en

el estudio PARADIGM-HF; sin embargo, existe poca evidencia sobre su utilización en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes con ICFer, en seguimiento ambulatorio en una Unidad de IC de Cardiología, en los que se inició tratamiento con S/V. Se evaluó su tolerabilidad, eficacia y seguridad en un seguimiento a 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 346 pacientes (edad media $68,8 \pm 10,9$ años, 25,7% mujeres). Más de la mitad de los pacientes (54,4%) presentaban cardiopatía isquémica con una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) media $28,9 \pm 7,4\%$. Los pacientes de esta cohorte fueron mayores, con peor clase funcional, niveles de ProBNP más elevados y mayor disfunción renal comparado con los pacientes del estudio PARADIGM-HF ($p < 0,05$ para todos). Treinta y tres pacientes (9,5%) presentaron hipotensión sintomática, aunque solo 7 suspendieron el tratamiento por este motivo. En total, 30 pacientes (8,7%) discontinuaron el tratamiento. En el seguimiento, los pacientes que continuaron con S/V mostraron una mejoría significativa en la clase funcional y de la FEVI. La mortalidad global en este periodo fue del 4,3%, asociándose la discontinuación del tratamiento con mayor mortalidad (HR 4,27, intervalo confianza 1,27-14,34; $p = 0,02$).

Conclusiones: En práctica clínica y en pacientes ambulatorios, el inicio de SV fue bien tolerado y se relacionó con mejoría de clase funcional y FEVI. La suspensión del tratamiento se asoció con mayor mortalidad.

Sesión II

420/33. MICRO-EETE: INTERVENCIONISMO ESTRUCTURAL MÍNIMAMENTE INVASIVO

D. González Calle¹, M. Lobo González², M. Barreiro Pérez¹, M. Sánchez Jáuregui¹, A. Elvira Laffond¹, V. Vallejo García¹ y P. Sánchez Fernández¹

¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ²Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Madrid.

Introducción: El resultado del intervencionismo estructural percutáneo (IEP) depende de la selección de pacientes, experiencia y adecuada monitorización por imagen. Clásicamente se ha empleado ecocardiografía transesofágica (ETE) bajo anestesia general para permitir su tolerancia. Esto aumenta la complejidad y comorbilidad del procedimiento, por lo que son necesarios métodos de guiado menos invasivos, sin reducir la seguridad.

Métodos: Presentamos nuestra experiencia con sonda ETE miniaturizada. Entre agosto/2017 y marzo/2018 se realizaron prospectivamente 33 IEP monitorizados con micro-EETE bajo sedación consciente.

Resultados: Los primeros 5 procedimientos se realizaron vía nasal. Encontramos este abordaje más dificultoso (1,7 promedio intentos promedio sondaje nasal frente a 1 oral), molesto (60% frente a 4,2%; referido por el paciente) y sujeto a complicaciones (40% epistaxis leve en abordaje nasal), por lo cual realizamos los restantes casos por vía oral. La sedación se realizó por el personal de cardiología con midazolam y fentanilo endovenoso presentando buena tolerancia durante todo el procedimiento, sin complicaciones sobre vía aérea. Se intercambió a ETE por calidad insuficiente en un único procedimiento: reparación mitral percutánea durante cinchado de velos. Realizamos de forma exitosa monitorización intraprocedimiento con micro-TEE bajo sedación consciente: i) 24cier-

res de orejuela, ii) 3 cierres de leak, iii) 2 cierres de foramen oval y iv) un cierre de comunicación interauricular.

Conclusiones: Por otra parte, el empleo de esta estrategia permitió programar independientemente a la disponibilidad de anestesiología; redujo el tiempo de procedimiento (78 min frente a 53 min en cierre de orejuela, respecto cohorte 20 cierres bajo anestesia general y ETE); Al no precisar intubación ni anestesia general, los pacientes fueron derivados a una unidad de intermedios con mayor disponibilidad de camas que una unidad coronaria.

420/38. USO DE ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR MAYORES DE 80 AÑOS: RESULTADOS DEL ESTUDIO REFLEJA

M. Carrillo Bailén¹, J. Torres Llergo¹, M. Fernández Olmo¹, M. Puentes Chiachio¹, M. Martín Toro¹, M. Herruzo Rojas², M. Padilla Pérez¹ y J. Fernández Guerrero¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los pacientes ancianos con FA tienen un mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico, sin embargo la anticoagulación oral (ACO) continúa siendo infrutilizada. Objetivo: analizar la introducción de ACOD en pacientes mayores de 80 años y los predictores de su uso.

Métodos: El registro REFLEJA, es un registro prospectivo observacional monocéntrico de 1.039 casos consecutivos de FA no valvular ambulatoria, evaluados entre los meses de octubre 2017 y junio 2018.

Resultados: Entre los > 80 años ($n = 376$) frente a < 80 años ($n = 663$) había más mujeres (57,7 frente a 41,5%; $p < 0,001$), FA permanente (66,5 frente a 42%; $p < 0,001$) e insuficiencia cardíaca (29,8 frente a 20,2%; $p < 0,001$), aunque sin diferencias en las hemorragias (5,9 frente a 3,8%; $p = 0,12$) e ictus previos (9,3 frente a 7,1%; $p = 0,20$). A pesar de poseer un CHADS-VASC2 (4,41,1 VS 2,91,6; $p < 0,001$) y HASBLED 2 (34,6 frente a 23,7%; $p < 0,001$) superior y mayor insuficiencia renal (51,5 frente a 22,6%; $p < 0,001$), el uso de ACO fue superior entre los ancianos (94,9 frente a 90%; $p = 0,005$) sin diferencias en la prescripción de ACOD (64,1 frente a 69,3%; $p = 0,08$), aunque con dosis más bajas (41,3 frente a 6,2%; $p < 0,005$). En el análisis multivariante la edad > 80 años no se comportó como un factor independiente para la prescripción de ACOD (OR 1,16 IC 0,58-2,31; $p = 0,67$).

Conclusiones: 1) La proporción de pacientes ancianos anticoagulados en nuestro medio es muy alta y la edad avanzada no se asoció a un menor uso de ACOD. 2) Un mayor riesgo hemorrágico de este grupo determinó un uso alto de dosis bajas de ACOD.

420/51. PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE RECHAZADOS PARA IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA. CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES DE NUESTRO HOSPITAL Y SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

I. Sigler Vilches, L. Pérez Gómez, J. Rodríguez Ortuño, E. Jiménez Baena, A. Abril Molina, C. González de la Portilla-Concha, L. García Riesco y A. Grande Trillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los pacientes propuestos y desestimados para implante de prótesis valvular aórtica percutánea (TAVI) cons-

tituden un subgrupo de pacientes que consideramos relevante caracterizar en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de 33 pacientes desestimados para TAVI entre enero de 2017 y septiembre de 2018. Se describe la muestra y se analiza la evolución en el seguimiento a medio plazo.

Resultados: Edad media 80,9 ± 5,3 años (60,6% mujeres). Fracción de eyección media: 52,5 ± 14,57%. Área valvular aórtica media 0,68 ± 0,16 cm² (gradiente medio 40 ± 11,6 mmHg). Hemoglobina media 11,8 ± 1,8 g/dl, creatinina 0,99 mg/dl (0,85-1,3 mg/dl). Otra valvulopatía asociada (insuficiencia moderada-grave): mitral (15,2%), tricuspídea (27,3%). Hipertensión pulmonar: 45,8%. Motivo de rechazo: oligosintomático (6,1%), riesgo inasumible/comorbilidad (42,4%), imposibilidad de acceso (3%), decisión del paciente (21,2%), escasa mejoría prevista (27,3%). Clase funcional (NYHA): I (9,1%), II (42,4%), III (45,5%), IV (3%). Frailty score: 0 (6,1%), 1 (24,1%), 2 (54,5%), 3 (15,2%). Reingreso por insuficiencia cardíaca (IC) antes del primer año: 42,4%. Mortalidad: a los 3 meses (18,2%, ninguna cardíaca), a los 6 meses (30,3%; causa cardíaca 12,1%). Exitus al año: 45,5%. Reingresar por IC se asoció a mayor mortalidad (p 0,049).

Conclusiones: En nuestro medio la mayoría de los pacientes se desestiman por riesgo inasumible/comorbilidad. Su clase funcional es II/III y casi la mitad reingresa por IC en el primer año. La mortalidad a los seis meses es del 30%, con asociación significativa entre los reingresos por IC y la mortalidad en el seguimiento.

420/80. PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DE PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS ASOCIADOS AL RIESGO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA

S. Blasco Turrión¹, E. Arana Rueda², C. Anaya Quesada², M. Caballero Valderrama², M. Frutos López², J. Acosta Martínez², J. Sánchez Brotons², M. Peña Peña² y A. Pedrote Martínez²

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Distintos marcadores electrocardiográficos (ECG) se han asociado con mayor riesgo de eventos en pacientes con síndrome de Brugada (SB), sin embargo, su valor clínico es controvertido precisándose una validación externa. Nuestro objetivo es definir la prevalencia y el pronóstico de marcadores ECG en una población local de pacientes con SB.

Métodos: Análisis retrospectivo de 57 pacientes con SB (70% hombres, edad 43 ± 11 años, 61% patrón espontáneo), registrándose características clínicas y alteraciones ECG descritas previamente como de riesgo (trastornos de conducción, signo S en I, signo aVR, repolarización precoz, fragmentación del QRS, onda epsilon y Tpeak-Tend en V2 y V6) relacionándolo con eventos (síncope/muerte súbita/descarga desfibrilador) tras seguimiento de 7,4 ± 6 años y globalmente (historia acumulada).

Resultados: Al diagnóstico el 63,3% de pacientes estaba asintomático, 28% había presentado síncope y 8,7% muerte súbita. El 28% tenía estudio genético (37% mutaciones SCN5A). El 40% era portador de desfibrilador (81% prevención primaria). 10 pacientes presentaban bloqueo AV de 1º (17%), 13 bloqueo de rama (22,8%) y 8 hemibloqueos (14%). 15 pacientes presentaban S en I (26%), 6 signo aVR (10,5%), 1 repolarización precoz (1,7%), 1 onda epsilon (1,7%) y ninguno fragmentación del QRS. En el seguimiento sólo hubo 2 eventos (3,5%). Ningún parámetro ECG se asoció por sí mismo a eventos tras el diagnóstico ni de modo global.

Conclusiones: Aunque la población es similar a la descrita en otras series, la prevalencia de alteraciones ECG es menor y no

se asocian a una mayor tasa de eventos arrítmicos, por lo que aisladamente no son buenas predictoras del riesgo en pacientes con SB.

420/98. COARTACIÓN DE AORTA. INFLUENCIA DEL TIPO DE INTERVENCIÓN SOBRE LA RECOARTACIÓN Y EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Rojas Sánchez¹, J. Soria Romero¹, S. Gorriño Marín¹, J. Cano Nieto¹, V. Cuenca Peiró², J. Zabala Argüelles² y M. de Mora Martín¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Hospital Materno-Infantil, Málaga.

Introducción: Valorar la evolución y pronóstico de los pacientes diagnosticados de coartación de aorta e intervenidos en nuestra unidad de cardiopatías congénitas pediátricas en los últimos 20 años.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes diagnosticados de coartación aorta desde el año 2000 hasta la actualidad. Evaluamos las características clínicas de los pacientes, tratamiento y complicaciones durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes con un seguimiento de 10 ± 9,2 años. Edad media 9 ± 6,4 años. La edad media al diagnóstico de coartación fue de 1,6 ± 0,1 años. 82,2% de pacientes asoció otra cardiopatía, siendo más frecuente la Ao bicúspide (32%). 19% pacientes presentó formas complejas de cardiopatía (TGA (7,5%), síndrome de Shonen (3,7%). 95% mantuvo FEVI conservada, 31% HVI y 4% de dilatación de aorta ascendente. Se intervino el 100% de los pacientes de los pacientes sin cardiopatía compleja asociada, 49 (62%) con anastomosis término-terminal, 14 (17,7%) Walhausen y 2 bypass Ao-Ao. El tratamiento percutáneo de inicio se eligió hasta en 9 (11,4%) pacientes encontrándose diferencias significativas respecto a la edad media y la elección del tratamiento (1,6 ± 0,4 frente a 11,5 ± 8,2 años, p < 0,003). Un 26,5% de los pacientes presento signos de recoartación, siendo el 78% de las recurrencias en los dos primeros años de seguimiento (p < 0,002). No encontramos diferencias respecto al tipo de técnica y la incidencia de reestenosis. 19 pacientes desarrollaron HTA persistente, encontrando relación con la edad al diagnóstico (3,71 ± 1,3). Los pacientes con recurrencia de coartación presentaron mayor riesgo de desarrollo de hipertensión arterial (p < 0,04).

Conclusiones: En nuestro grupo no hay relación con el tipo de intervención y el desarrollo de coartación. La intervención tardía y la presencia de recordación durante los dos primeros años postintervención se relaciona con desarrollo HTA.

420/151. INTERVENCIÓN DE ROSS: DEGENERACIÓN DEL HOMOIINJERTO, EVENTOS CLÍNICOS Y PREDICTORES TRAS 21 AÑOS DE SEGUIMIENTO. EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

A. Fernández Ruiz, L. Pardo González, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, A. Rodríguez Almodóvar, R. Villalba, P. Alados Arboledas, J. Casares Mediavilla, M. Pan Álvarez-Ossorio y D. Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La estenosis del homoinjerto pulmonar es una complicación tras la intervención de Ross (IR). Nuestro objetivo fue describir la incidencia, impacto clínico y predictores de estenosis del homoinjerto tras IR en una serie prospectiva de pacientes intervenidos en nuestro hospital.

Métodos: Entre 1997-2009, 107 pacientes se intervinieron de IR (edad media: 30 ± 1 años; 69% varones; 21 pacientes < 18 años). Analizamos la estenosis del homoinjerto (gradiente pico > 36 mmHg) y la reintervención quirúrgica o percutánea del homoinjerto.

Resultados: Tras 21 años de seguimiento (mediana: 17 años), se obtuvieron datos ecocardiográficos y clínicos en 95 (89%) y 105 (98%) pacientes; 28/95 (29%) desarrollaron estenosis del homoinjerto y 13/105 (12%) requirieron diferentes procedimientos: Cinco reemplazos quirúrgicos, cuatro válvulas pulmonares percutáneas y uno con implante de stent pulmonar. Tres pacientes requirieron varios procedimientos consecutivos. Dos pacientes murieron tras el implante de válvulas percutáneas y uno tras reemplazo quirúrgico. La supervivencia

libre de estenosis del homoinjerto y reintervención fue del 71% y 88%. Los pacientes < 18 años mostraron peor supervivencia libre de estenosis (HR 3,88, [IC] 95%:1,78-8,43; $p = 0,001$), aunque sin diferencias significativas en la reintervención (HR 1,54, [IC] 95%: 0,42-5,58, $p = 0,52$). La cirugía cardíaca previa, la edad del donante, el sexo del donante o del receptor, el tamaño del homoinjerto, el tiempo de congelación y la etiología congénita no mostraron asociación estadísticamente significativa con los eventos analizados.

Conclusiones: Tras 21 años de seguimiento, la incidencia de estenosis del homoinjerto y reintervención tras IR fue del 29% y 12% respectivamente. Tres pacientes murieron tras reintervención del homoinjerto. La edad del receptor en la IR se asocia con mayor tasa de estenosis.