

Original

Seguimiento a largo plazo de pacientes con disfunción ventricular izquierda intervenidos de sustitución valvular aórtica.



Experiencia en nuestra institución

Gemma Candela-Navarro*, María Esteban-Molina, Juan M. Aguilar-Jiménez, Luís Nuila-Durán, Francisco Gomera-Martínez, Abdulreda Abdallah, Juan Lara-Torrano, Salvador López-Checa y Manuel Calleja-Hernández

Servicio Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de mayo de 2016

Aceptado el 8 de mayo de 2016

On-line el 4 de julio de 2016

Palabras clave:

Estenosis aórtica

Disfunción ventricular izquierda

Sustitución valvular aórtica

R E S U M E N

Introducción y objetivos: El pronóstico de la estenosis aórtica es sombrío cuando asocia fracaso ventricular. Sin embargo, los resultados son favorables con cirugía. Nuestro objetivo es valorar la evolución de pacientes con estenosis aórtica y disfunción ventricular izquierda sometidos a sustitución valvular aórtica.

Métodos: Veintiocho pacientes con estenosis aórtica severa y fracción de eyección menor o igual al 50% fueron sometidos a sustitución valvular aórtica entre 2003 y 2012. Excluimos a aquellos con regurgitación aórtica o enfermedad coronaria asociadas.

Resultados: Edad media 70,6 años; 19 hombres (67,9%) y 9 mujeres (32,1%). El 92,8% en clase funcional de la New York Heart Association III-IV, con fracción de eyección media 38,93% (el 82,1% presentaba disfunción ventricular moderada y el 17,9% disfunción severa). Al 66,7% se le implantó una prótesis mecánica y al 33,3% una biológica; 4 pacientes (14,3%) necesitaron marcapasos definitivo. Uno (3,6%) presentó complicaciones graves (taponamiento cardíaco y mediastinitis). Mortalidad hospitalaria: 7,1% (2 pacientes). Ningún enfermo falleció durante el seguimiento ($29,9 \pm 73$ meses). Incremento postoperatorio del 16,38% en la fracción de eyección, pasando todos (100%) a una clase funcional I. Supervivencia global: 92,9%.

Conclusiones: La sustitución valvular aórtica es una opción segura, eficaz y duradera en pacientes con disfunción ventricular izquierda. Se asocia a una mejoría en la clase funcional y fracción de eyección, con una perspectiva de futuro excelente.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Long-term follow up after aortic valve replacement in patients with left ventricular dysfunction. Experience in a centre

A B S T R A C T

Keywords:

Aortic stenosis

Left ventricular dysfunction

Aortic valve replacement

Introduction and background: Aortic stenosis has a dismal prognosis when associated with ventricular dysfunction. In contrast, outcomes become favourable with surgery. Our objective is to evaluate the outcome of patients with aortic stenosis and left ventricular dysfunction undergoing aortic valve replacement.

Methods: 28 patients with severe aortic stenosis and an ejection fraction less than 50% or equal underwent aortic valve replacement between 2003 and 2012. We excluded those with associated aortic regurgitation or coronary artery disease.

Results: Mean age was 70,61 years. 19 males (67,9%), 9 females (32,1%). 92,8% were in New York Heart Association functional class III-IV, with a mean ejection fraction of 38,93% (82,1% had moderate left ventricular dysfunction, 17,9% had severe dysfunction). 66,7% received a mechanical valve, in 33,3% a biological one was implanted. 4 patients (14,3%) required a permanent pacemaker. 1 patient (3,6%) had severe complications (cardiac tamponade and mediastinitis). Hospital mortality was 7,1% (2 patients). There were no late deaths during follow-up ($29,9 \pm 73$ months). Postoperatively, mean ejection fraction showed an increase of 16,38%, all patients (100%) were in functional class I. Overall survival was 92,9%.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gemmacandela@hotmail.com (G. Candela-Navarro).

Conclusions: Aortic valve replacement is a safe, effective and durable option in patients with left ventricular dysfunction. It is associated with an improvement in functional class and ejection fraction, with an excellent outlook.

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La estenosis aórtica (EAO) es, tras la enfermedad coronaria y la hipertensión arterial, la tercera forma más común de enfermedad cardiovascular en el mundo occidental^{1,2}, siendo también la valvulopatía más frecuente en países desarrollados^{3,4} y la principal causa de recambio valvular en Europa y Estados Unidos^{1,4-6}. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo del 8% en pacientes con edades comprendidas entre 65-79 años y del 16% en octogenarios⁷.

El número de sustituciones valvulares aórticas (SVAO) anuales se ha incrementado, constituyendo la EAO una creciente carga de salud. Esto puede explicarse, por un lado, por el incremento en la esperanza de vida de la población (se espera que esta tendencia continúe, estando previsto que el número de SVAO se doble en 2020¹), pero, por otro lado, dicho incremento también refleja un cambio en el umbral quirúrgico: la cirugía se lleva a cabo actualmente tanto en pacientes considerados no lo suficientemente sintomáticos (o asintomáticos), como en aquellos previamente considerados demasiado enfermos para indicar el proceso quirúrgico⁸. Así, los pacientes acuden con comorbilidades tales como edad avanzada, enfermedad pulmonar, insuficiencia renal, enfermedad coronaria asociada y disfunción ventricular izquierda (DVI) significativa.

Ante la aparición de la DVI es necesaria una corrección quirúrgica rápida, ya que el pronóstico se vuelve sombrío, con una supervivencia media de alrededor de 2 años^{9,10} y un elevado riesgo de muerte súbita².

La SVAO se recomienda como un procedimiento quirúrgico estándar¹¹, pues mejora los síntomas y la supervivencia⁵, todo ello con una baja morbilidad perioperatoria y resultados favorables, incluso en pacientes con DVI^{6,11}.

En la literatura, la mayoría de los estudios que evalúan el efecto de la cirugía en enfermos con EAO y DVI incluyen a pacientes con enfermedad coronaria y diversos grados de regurgitación aórtica. Ambas patologías influyen en la aparición del fracaso ventricular y, además, afectan a los resultados quirúrgicos, haciéndose difíciles de interpretar⁹.

El objetivo de este estudio es valorar la evolución de pacientes con EAO aislada pura y DVI sometidos a SVAO.

Métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal de pacientes intervenidos de SVAO aislada entre 2003 y 2012, con criterios de inclusión: 1) EAO de válvula nativa, pura (es decir, sin ningún grado de regurgitación asociado) y severa, definida como área valvular aórtica $< 1 \text{ cm}^2$, gradiente de presión transaórtico medio $> 40 \text{ mmHg}$ y velocidad máxima del jet aórtico $> 4 \text{ m/s}$. En los pacientes con EAO severa de bajo gradiente, la inclusión se estableció con área valvular aórtica $< 1 \text{ cm}^2$ con velocidad máxima del jet aórtico $< 4 \text{ m/s}$ o gradiente de presión transaórtico medio $< 40 \text{ mmHg}$, y que con ecocardiografía de estrés con dobutamina tuvieran un área valvular aórtica $< 1 \text{ cm}^2$ y velocidad máxima del jet aórtico $> 4 \text{ m/s}$ a cualquier flujo, y 2) que estuviera asociada a DVI al menos moderada (la función ventricular se clasificó según lo establecido en la escala de riesgo EUROSCORE I), considerando DVI ligera (fracción de eyección [FE] 51-65%), DVI moderada (FE

30-50%) y DVI severa (FE $< 30\%$), y con arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas (ausencia de lesiones $\geq 50\%$ en cualquiera de las arterias coronarias epicárdicas).

Se excluyó a los pacientes sometidos de forma concomitante a otras intervenciones valvulares (distintas de la SVAO) así como las reintervenciones.

Se analizan las variables: edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal, superficie corporal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (pacientes en tratamiento prolongado con broncodilatadores y/o corticoides o con espirometría preoperatoria con obstrucción severa), insuficiencia renal crónica (moderada con aclaramiento creatinina 50-85 ml por minuto, severa con aclaramiento creatinina $< 50 \text{ ml por minuto}$ no dializados y pacientes en diálisis), insuficiencia mitral y/o tricúspide ligera/moderada, ritmo cardíaco, clase funcional de la New York Heart Association, área valvular aórtica, gradiente de presión transaórtico máximo y medio, velocidad máxima del flujo aórtico, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (VI), dilatación ventricular izquierda (ligera con diámetro ventricular 55-60 mm, moderada 61-70 mm y severa $> 70 \text{ mm}$), hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (ligera con grosor septo interventricular 10-15 mm, moderada 16-20 mm, severa $> 20 \text{ mm}$), FE, tipo y tamaño de prótesis implantada, complicaciones, días de hospitalización, tiempo de seguimiento y mortalidad.

En cuanto a la técnica quirúrgica, la vía de abordaje en todos los pacientes fue la esternotomía media completa. La cirugía se llevó a cabo en circulación extracorpórea monocava y en hipotermia ligera ($32 \text{ }^\circ\text{C}$). La dosis inicial de cardioplejia fría hemática fue por vía anterógrada (aplicando también suero frío epicárdico), repitiéndose las dosis de mantenimiento cada 20 min por vía retrógrada. No se utilizó termómetro septal para control de la temperatura. Tras aortotomía transversalizada, se procedió a explante de válvula aórtica nativa e implante de prótesis aórtica con puntos apoyados en teflón en cara ventricular. La prótesis seleccionada (mecánica o biológica) fue a criterio del cirujano responsable y el paciente intervenido. En ningún caso fue necesario realizar ampliación de la raíz aórtica, pues la prótesis más pequeña implantada fue de 19 mm de diámetro.

Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 19. Para variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar (DE), respectivamente). Para variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Los test de contraste de hipótesis utilizados fueron la t de Student y la chi al cuadrado para variables cualitativas.

Resultados

Se estudió a 28 pacientes. Los hombres representaban el 67,9% (19) y las mujeres el 32,1% (9). Las características demográficas y clínicas se muestran en la [tabla 1](#).

El 24% (6) presentaba enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 8% (2) tenía una función renal moderadamente deprimida.

El 82,1% de los pacientes tenía una DVI moderada, mientras que el 17,9% restante presentaba una DVI severa.

La [tabla 2](#) muestra los parámetros ecocardiográficos pre y posoperatorios. El gradiente máximo de presión transaórtico y la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2907387>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2907387>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)