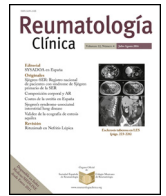




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Cirugía cardíaca en pacientes con lupus eritematoso sistémico: características clínicas y desenlaces

Javier Tejeda-Maldonado^a, Lauro Quintanilla-González^a,
Jaime Galindo-Urbe^b y Andrea Hinojosa-Azaola^{c,*}

^a Departamento de Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

^b Departamento de Cardiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

^c Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de agosto de 2016

Aceptado el 26 de enero de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Lupus eritematoso sistémico

Cirugía cardíaca

Recambio valvular

Ventana pericárdica

RESUMEN

Objetivos: Estudiar las características clínicas y desenlaces de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) intervenidos de cirugía cardíaca.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 30 pacientes con LES y cirugía cardíaca en un solo centro. Se registraron comorbilidades, características demográficas, clínicas, serológicas, riesgo cardiovascular, tratamiento, tipo de cirugía, complicaciones postoperatorias, mortalidad e histología.

Resultados: La duración de LES al momento de la cirugía fue de 2 años. El procedimiento más frecuente fue recambio valvular (53%), seguido de ventana pericárdica (37%). Al menos una complicación postoperatoria se presentó en el 63% (principalmente infecciones). Un pinzamiento aórtico ≥ 76 min se asoció con al menos una complicación (OR 6,4; IC 95% 1,1-35,4, $p = 0,03$). La mortalidad temprana ocurrió en 5 pacientes (17%) y tardía en 3 (10%); siendo las causas principales sepsis e insuficiencia cardíaca. La actividad de la enfermedad se asoció a la realización de ventana pericárdica (OR 12,6; IC 95% 1,9-79; $p = 0,007$), presencia de linfopenia ≤ 1.200 (OR 10,1; IC 95% 1,05-97; $p = 0,04$), edad ≤ 30 años (OR 7,7; IC 95% 1,2-46,3; $p = 0,02$) y NYHA clase III (OR 7,0; IC 95% 1,1-42, $p = 0,03$). El desarrollo de infección postoperatoria se asoció con estancia hospitalaria ≥ 2 semanas (OR 54,9; IC 95% 5,0-602,1; $p = 0,001$), estancia en UCI ≥ 10 días (OR 20; IC 95% 1,6-171,7, $p = 0,01$), duración de ventilación mecánica ≥ 5 días (OR 16,9, IC 95% 1,5-171,7, $p = 0,01$) y PSAP ≥ 50 mmHg (OR 7,8; IC 95% 1,4-41,2; $p = 0,01$).

Conclusiones: La cirugía cardíaca en LES se asocia a alta morbimortalidad.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Cardiac surgery in systemic lupus erythematosus patients: Clinical characteristics and outcomes

ABSTRACT

Objectives: To study the clinical characteristics and outcomes in systemic lupus erythematosus (SLE) patients who underwent cardiac surgery.

Methods: Retrospective analysis of 30 SLE patients who underwent cardiac surgery at a single center. Demographics, comorbidities, clinical and serologic characteristics, cardiovascular risk scores and treatment were recorded. Type of surgery, postoperative complications, mortality and histology were analyzed.

Results: Disease duration at surgery was 2 years. Valve replacement was the procedure most frequently performed (53%), followed by pericardial window (37%). At least one postoperative complication developed in 63% (mainly infections). An aortic cross-clamp time ≥ 76 minutes was associated with at least one postoperative complication (OR 6.4, 95% CI 1.1-35.4, $p = .03$). Early death occurred in 5 patients (17%)

Keywords:

Systemic lupus erythematosus

Cardiac surgery

Valve replacement

Pericardial window

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreaaha@yahoo.com (A. Hinojosa-Azaola).

and late in 3 (10%); main causes were sepsis and heart failure. Disease activity was associated with pericardial window (OR 12.6, 95% CI 1.9-79, $p = .007$); lymphopenia ≤ 1.200 (OR 10.1, 95% CI 1.05-97, $p = .04$); age ≤ 30 years (OR 7.7, 95% CI 1.2-46.3, $p = .02$); and New York Heart Association class III (OR 7.0, 95% CI 1.1-42, $p = .03$). Postoperative infection was associated with length of hospital stay ≥ 2 weeks (OR 54.9, 95% CI 5.0-602.1, $p = .001$); intensive care unit stay ≥ 10 days (OR 20, 95% CI 1.6-171.7, $p = .01$); duration of mechanical ventilation ≥ 5 days (OR 16.9, 95% CI 1.5-171.7, $p = .01$); and pulmonary artery systolic pressure ≥ 50 mmHg (OR 7.8, 95% CI 1.4-41.2, $p = .01$).

Conclusions: Cardiac surgery in SLE confers high morbidity and mortality. SLE-specific preoperative risk scores should be designed to identify prognostic factors.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

El compromiso cardíaco en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es común, involucra todos los componentes del corazón incluyendo pericardio, sistema de conducción, miocardio, válvulas y arterias coronarias; con prevalencia de 8,3 a 50% de enfermedad arterial coronaria y afección valvular, respectivamente¹.

En una cohorte multiétnica de pacientes con LES se demostró que los factores de riesgo para daño cardíaco son: el grupo étnico afro/latinoamericano, padecer enfermedad cardíaca primaria, y el índice de daño; mientras que la afectación del sistema nervioso central y el uso de antipalúdicos son protectores². Se ha demostrado una asociación entre el uso de glucocorticoides y anticuerpos anticardiolipinas con afección valvular^{3,4}.

El 25% de los pacientes con LES desarrollará pericarditis en algún momento. La pericarditis constrictiva y el tamponade son infrecuentes en LES. La biopsia pericárdica no es indispensable para el diagnóstico⁵.

En estos pacientes, se observa predominio de afección del corazón izquierdo, siendo la válvula mitral la más frecuente, seguida de la aórtica⁴. La afección valvular puede ser asintomática o fulminante, con insuficiencia cardíaca y endocarditis bacteriana. La ecocardiografía es el mejor estudio de imagen para evaluar alteraciones valvulares; además de aportar información sobre función ventricular y estimación indirecta de la presión arterial pulmonar⁶. Los hallazgos ecocardiográficos incluyen engrosamiento valvular e insuficiencia mitral, con baja prevalencia de hipertensión pulmonar^{7,8}.

El diagnóstico definitivo se obtiene con el análisis histopatológico de la válvula. La endocarditis de Libman-Sacks es la lesión cardíaca más común en LES y síndrome antifosfolípido (SAF), y se caracteriza por cúmulos de fibrina estéril y plaquetas que causan cambios valvulares o sirven de nicho para infecciones bacterianas¹. Otros hallazgos histopatológicos valvulares son fibrosis, neovascularización, infiltración por células mononucleares y complejos inmunes^{6,7}.

La afectación cardíaca en LES representa una causa importante de morbimortalidad, con aterosclerosis subclínica prematura y eventos cardiovasculares⁸. La cirugía cardíaca no se realiza de rutina en estos pacientes. La información sobre los desenlaces está restringida a reportes de casos^{1,6,7}, con resultados heterogéneos que limitan la identificación de factores pronósticos, aunado a que no se cuenta con protocolos preoperatorios y estrategias postoperatorias diseñadas para estos pacientes.

El objetivo del presente estudio es analizar las características y desenlaces de los pacientes con LES intervenidos de cirugía cardíaca.

Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de LES (criterios de clasificación del Colegio Americano

de Reumatología)^{9,10} intervenidos de cirugía cardíaca de enero de 2004 a diciembre de 2014 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, centro de tercer nivel en la Ciudad de México. El mismo cirujano cardiovascular realizó todas las cirugías. Los pacientes fueron seguidos un año posterior a la cirugía o hasta la defunción. Se excluyeron pacientes con información insuficiente, con SAF primario u otra enfermedad de tejido conectivo, y aquellos que se operaran en otra institución.

Previo a la cirugía se calculan en todos los pacientes las escalas de riesgo *European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE)* y *Society of Thoracic Surgeons score*^{11,12}. Solo si el riesgo de mortalidad por EuroSCORE es $< 20\%$ se acepta la cirugía.

El Comité de Ética institucional revisó y aprobó el estudio.

Variables clínicas

Se recabó información sobre comorbilidades, características demográficas, clínicas y serológicas al diagnóstico de LES, así como presencia de SAF secundario¹³.

Al momento de la cirugía, se documentaron las siguientes variables relacionadas con LES: duración de la enfermedad, uso de inmunosupresores, ácido acetilsalicílico o anticoagulantes orales; actividad de la enfermedad según el índice *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI-2K)*¹⁴; daño acumulado con base al índice *Systemic Lupus International Collaborative Clinics/American College of Rheumatology Damage Index (SLICC/ACR SDI)*¹⁵; anti-DNAc, y complemento C3 y C4.

Las variables cardiovasculares al momento de la cirugía incluyeron: clasificación funcional de insuficiencia cardíaca de *New York Heart Association (NYHA)* (clase I-IV)¹⁶; el EuroSCORE II¹¹; laboratorios generales; tipo de cirugía; cirugía de emergencia (llevada a cabo antes del siguiente día laboral), urgente (pacientes que no se admitieron electivamente pero que requieren cirugía en la hospitalización actual por razones médicas y que no pueden ser egresados sin el procedimiento definitivo)¹¹ o electiva; tiempo quirúrgico, de circulación extracorpórea y de pinzamiento aórtico; requerimientos transfusionales y sangrado (ml); tipo de prótesis valvular; días en UCI; duración de ventilación mecánica y tiempo de estancia hospitalaria.

Fueron identificadas las complicaciones tempranas y tardías (< 1 mes y 2-12 meses, respectivamente); además de mortalidad y sus causas de acuerdo al certificado de defunción. Los hallazgos histopatológicos valvulares también fueron registrados.

Análisis estadístico

Las variables continuas se expresan como promedio (desviación estándar [DS]) o mediana (intervalo mínimo y máximo); las categóricas como número y porcentaje. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante prueba t de Student o U de Mann-Whitney (variables continuas), y chi cuadrada o exacta de Fisher (variables categóricas). Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8964092>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8964092>

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