

CO76

261. CIRUGÍA REPARADORA DE LA INSUFICIENCIA AÓRTICA

Rey E, Cubero A, Hamzeh G, Crespo A, Aramendi JI
Hospital de Cruces, Baracaldo

Introducción: presentamos nuestra experiencia inicial con la cirugía de reparación aórtica aislada o *remodeling* de la raíz aórtica (operación de Yacoub) en pacientes con dilatación de raíz. Seguimiento a corto y medio plazo.

Material y métodos: en el periodo 2009-2011 se han intervenido 25 pacientes. En 9 de los casos se realizó la técnica de Yacoub ya que presentaban, además, dilatación del anillo y de la raíz: ectasia anuloaórtica 8, S. de Beals 1, implantando el anillo Coroneo en 6 de éstos y sutura subaórtica de Schafers en 3. En los 16 restantes la patología fue únicamente valvular (4 bicúspide). En todos ellos se practicó reparación de válvula aórtica con plicatura central en la mayoría. Se realizó ecocardiograma intraoperatorio y en controles posteriores a los 6 meses, año y 2 años de la cirugía.

Resultados: la mortalidad hospitalaria fue 4% (1/25). La edad media de 44 años. El tiempo medio de isquemia en la reparación aórtica aislada fue de 54 min, y en la cirugía de *remodeling* de 139 min. Dos pacientes fueron reintervenidos por insuficiencia significativa. El ecocardiograma de control muestra en 21 casos una reparación satisfactoria con insuficiencia mínima residual y moderada en 2.

Conclusiones: nuestra técnica de elección para la cirugía reparadora de la válvula aórtica es la plicatura central, siendo una técnica intuitiva y reproducible. En la insuficiencia aórtica asociada a aneurisma de raíz aórtica la técnica de elección es el *remodeling* de Yacoub con anillo Coroneo que da soporte anular y es una técnica duradera.

CO77

232. MORBIMORTALIDAD DEL PACIENTE CON EPOC SOMETIDO A RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO: IMPLICACIONES PRONÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

García Fuster R, Paredes F, García A, Martín E, Cánovas S, Gil O, Hornero F, Martínez León J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: la EPOC figura entre la comorbilidad habitual en la estenosis aórtica de alto riesgo quirúrgico. La espirometría permite cuantificar su gravedad. Valoramos su repercusión en los resultados clínicos posquirúrgicos.

Material y métodos: mil setecientos cuarenta y cinco pacientes fueron intervenidos de sustitución valvular aórtica por estenosis grave (1995-2011). En todos se realizó espirometría, diagnosticando EPOC (volumen espiratorio forzado en el primer segundo [FEV1] < 75%) en 439 (25,2%): ligera (FEV1 > 60%) en 225 (12,9%), moderada (FEV1: 40-59%) en 143 (8,2%) y grave (FEV1 < 40%) en 69 (4%). Se estudió su impacto en morbilidad.

Resultados: el paciente EPOC mostró peor perfil de riesgo, especialmente si grado moderado-grave: mayor edad (67 ± 11 , 69 ± 7 , 68 ± 10 y 70 ± 7 años [$p < 0,01$] para ausencia EPOC ligera, moderada o grave), frecuencia creciente de arteriopatía periférica e insuficiencia renal crónica (IRC) ($p < 0,01$) y menor fracción de eyección (FE) ($60 \pm$

15% , $57 \pm 16\%$, 56 ± 17 y $56 \pm 12\%$; $p < 0,05$). Se observó mayor tasa de complicaciones en EPOC moderada-grave (*vs* resto), bajo gasto cardíaco (GC) ($4,2$ *vs* $1,7\%$; $p < 0,05$), insuficiencia respiratoria ($14,6$ *vs* $5,3\%$; $p < 0,0001$), fallo renal agudo ($11,8$ *vs* $5,7\%$; $p < 0,01$) y hemodiálisis ($4,2$ *vs* $1,1\%$; $p < 0,05$). Creciente mortalidad hospitalaria: 5,9, 1,8, 8,4 y 20,3% ($p < 0,001$) y tardía (supervivencia actuarial a 5-10 años en EPOC moderada-grave *vs* resto: $69 \pm 3\%$ *vs* $88 \pm 9\%$ y $45 \pm 4\%$ *vs* $73 \pm 1\%$; $p < 0,0001$). EPOC moderada-grave fue predictor de ambas mortalidades (*odds ratio* [OR]: 2,28; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,20-4,3; $p < 0,05$ y *hazard ratio* [HR]: 2,6; $p < 0,0001$).

Conclusiones: la EPOC en grado moderado-grave en pacientes con estenosis aórtica candidatos a cirugía es un factor de riesgo de primer orden. Supone un aumento no sólo de morbilidad hospitalaria sino también tardía y, por tanto, debe considerarse en la selección del tratamiento más adecuado.