

28. ¿Asociar sustitución de aorta ascendente durante la sustitución valvular aórtica implica mayor riesgo quirúrgico?

Diego Pérez Zerpa¹
María José Arocena¹
Eloísa Silva¹
Amparo Fernández¹
Paula Farachio¹
Victoria Martirena¹
Jorge Estigarribia¹
Álvaro Lorenzo¹
Gerardo Soca¹
Víctor Dayan¹

¹INCC

Resumen

Antecedentes: un número significativo de pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica (SVA) poseen dilatación de aorta ascendente. Durante la SVA, las últimas guías recomiendan asociar la sustitución de aorta ascendente (SAA) cuando es mayor de 45 mm. No existe evidencia nacional respecto al riesgo operatorio de asociar dicho procedimiento.

Objetivo: analizar la morbimortalidad quirúrgica en una cohorte local de pacientes sometidos a sustitución valvular aórtica con y sin SAA.

Material y método: se identificaron en la base de datos de la institución aquellos pacientes sometidos a SVA entre enero y diciembre de 2016. Se extrajeron y compararon las variables demográficas, intraoperatorias y posoperatorias. Se compararon las mismas entre aquellos que recibieron o no SAA mediante χ^2 (variables categóricas) y test de t (variables continuas). Se utilizó Kaplan-Meier y log-rank test para comparación de sobrevida. Mediante regresión logística y Cox se identificó el valor predictivo de la SAA.

Resultados: en dicho período se operaron 1.826 pacientes por SVA. Recibieron SAA 129 pacientes (7,1%). Los pacientes con SAA más frecuentemente fueron operados de urgencia, presentaban condición crítica preoperatoria, mayor Euroscore ($19,9 \pm 17,2$ versus $9,3 \pm 9,6$, $p < 0,05$), tiempo de circulación extracorpórea y clampeo aórtico. Aquellos que no recibieron SAA eran más añosos ($69,3 \pm 11,9$ versus $62,4 \pm 12,5$, $p < 0,05$) con mayor incidencia de diabetes, NYHA III-IV y mayor asociación con revascularización miocárdica y sustitución valvular mitral. Pacientes que recibieron SAA presentaron mayor

sangrado posoperatorio (932 ± 739 ml versus 785 ± 734 ml, $p<0,05$), mayor tiempo de asistencia respiratoria mecánica ($33,3\pm 77,1$ h versus $17,5\pm 40,4$ h, $p<0,05$). La mortalidad operatoria fue mayor en pacientes con SAA (15,5% versus 8,5%, $p<0,05$). Sin embargo, luego de ajustar por regresión logística, la SAA no resultó ser predictor de mortalidad operatoria, sangrado postoperatorio ni sobrevida a largo plazo.

Conclusiones: la SAA en un paciente sometido a SVA no aumenta la morbimortalidad quirúrgica de forma independiente. La evaluación y optimización de las covariables asociada a la misma permitirán reducir los fenómenos adversos.