

Rotura de septo interventricular post infarto: experiencia de un centro de tercer nivel en la era del soporte mecánico circulatorio

Jaime de Juan Roldán(1), Pablo Rojas Romero(1), David Arturo Macías Ibiricu(1), Adrián Romero Jurado(1), Jesús Pecci Sánchez(1), Santiago Fernández-Gordón Sánchez(1), Fernando Gavilán Domínguez(1), Miguel Barranco Gutiérrez(1), Ernesto Ruiz Pereira(1), Ángela Gabaldón Mestre(1), Carlos del Toro Esperón(1), Lidia Rodero Barcos(1), Marta Martín Vélez(1), Javier Azcona Sousa(1) y Alejandro Adsuar Gómez(1) de (1)Unidad de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España

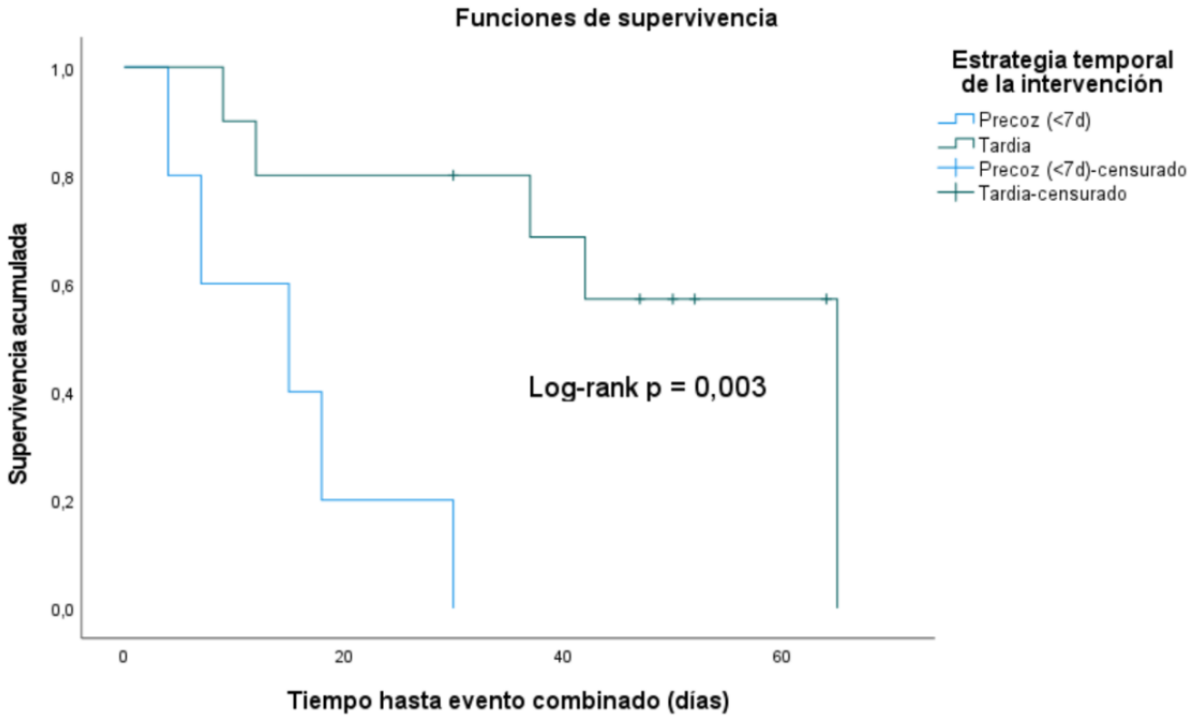
Introducción: La rotura del septo interventricular (RSI) es una complicación mecánica infrecuente pero devastadora del infarto agudo de miocardio (IAM), con una mortalidad superior al 60%. El momento óptimo de la reparación quirúrgica continúa siendo objeto de debate. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas, el manejo terapéutico y los resultados en una cohorte contemporánea de un hospital de tercer nivel con programa de trasplante cardíaco.

Métodos: Serie retrospectiva de 22 pacientes con RSI postinfarto atendidos entre 2013 y 2026. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas, terapéuticas y de eventos en el seguimiento. El endpoint principal fue el evento combinado de mortalidad intrahospitalaria o trasplante cardíaco. Se realizó análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y test log-rank.

Resultados: La mediana de edad fue de 65 años [IQR 57-74], con predominio femenino (63,6%). El 86,4% presentó clase Killip IV al ingreso. La FEVI mediana fue del 43% [40-46] y el fallo ventricular derecho estuvo presente en el 72,7%. Se utilizó soporte mecánico circulatorio (SMC) en el 63,6% y se intervinieron quirúrgicamente 15 pacientes (68,2%). La estrategia quirúrgica tardía (?7 días) se asoció a una menor incidencia del endpoint combinado frente a la cirugía precoz (log-rank p=0,001) y al manejo conservador (p=0,020), con evidencia de sesgo de selección por indicación: todos los pacientes operados precozmente presentaban SCAI D-E al ingreso, frente al 30% en el grupo tardío (p=0,026). El sexo femenino se asoció de forma independiente al endpoint combinado (100% vs 25%; p<0,001), con mayor necesidad de SMC (86% vs 25%; p=0,008) y cirugía más precoz (mediana 3 vs 16 días; p=0,023). La recidiva de la comunicación interventricular (CIV) fue el principal predictor de trasplante cardíaco (67% vs 12%; p=0,025). La mortalidad intrahospitalaria fue del 59,1% y la incidencia del endpoint combinado del 72,7%.

Conclusiones: La RSI postinfarto presenta una elevada mortalidad incluso en centros de referencia con acceso a SMC avanzado y trasplante cardíaco. La estrategia de reparación tardía se asocia a mejores resultados, aunque esta relación está condicionada por un marcado sesgo de selección. La recidiva de la CIV identifica el subgrupo con

mayor beneficio potencial del trasplante, cuya candidatura debe evaluarse precozmente por un equipo multidisciplinar de shock.



Características de la cohorte (N=22)

Edad (años), mediana [IQR]	65 [57-41]
Sexo femenino, n (%)	14 (63,6%)
Hipertensión arterial, n (%)	12 (54,5%)
Diabetes mellitus, n (%)	9 (40,9%)
Tabaquismo activo, n (%)	9 (40,9%)
SCAI A-C al ingreso, n (%)	13 (59,1%)
SCAI D-E al ingreso, n (%)	9 (40,9%)
IAM anterior, n (%)	12 (54,5%)
IAM inferior, n (%)	10 (45,5%)
FEVI (%), mediana [IQR]	43 [40-46]
Necesidad de SMC, n (%)	14 (63,6%)
Tratamiento intervencionista	15 (68,2%)
Intervención precoz (<7 días), n (%)	5 (33,3%)
Intervención tardía (≥7 días), n (%)	10 (66,7%)
Días hasta la intervención, mediana [IQR]	10 [3-15]
Recidiva de CIV, n (%)	6 (27,3%)
Trasplante cardíaco, n (%)	6 (27,3%)
Mortalidad IH, n (%)	12 (59,1%)
Evento combinado de mortalidad IH más trasplante cardíaco, n (%)	16 (72,7%)

CIV: comunicación interventricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IQR: rango intercuartílico; IH: intrahospitalario; SMC: soporte mecánico circulatorio