



Revista Española de Cardiología



4019-2. EN BUSCA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CON FLUJO NORMAL Y GRADIENTE BAJO

Javier Ramos Jiménez¹, Juan Manuel Monteagudo Ruiz¹, M. Teresa González Alujas², Fernando Carrasco Chinchilla³ y José Luis Zamorano¹ del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona, y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: Definir la gravedad de la estenosis valvular aórtica (EAo) resulta sencillo cuando hay concordancia entre las velocidades/gradientes obtenidos y el área valvular aórtica (AVA) calculada. Sin embargo, esta clasificación se vuelve compleja cuando hay discordancia en dichos parámetros obtenidos durante el estudio ecocardiográfico. En este sentido, se ha propuesto el término estenosis aórtica grave de flujo normal y bajo gradiente (EAFNBG), cuya existencia real es cuestionada. El objetivo del presente estudio es establecer si se trata de una entidad independiente, o forma parte del grupo de EAo moderadas en las que se ha infraestimado el AVA.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico que incluyó de manera consecutiva aquellos casos remitidos para estudio ecocardiográfico que presentaban EAo moderada (AVA 1,0-1,5 cm²) o EAFNBG, definida por un AVA 1 cm², volumen latido indexado (VLI) < 35 ml/m² y gradiente medio (GM) > 40 mmHg. Se excluyeron los casos con FEVI 50%. Se recogieron una serie de variables ecocardiográficas que posteriormente fueron analizadas. Se consideró estadísticamente significativo un valor p 0,05.

Resultados: Se incluyeron 689 estudios que cumplían los criterios de inclusión, de los cuales 560 (81,3%) correspondía a EAo moderada y 129 (18,7%) eran EAFNBG. La media de edad fue de 75,5 (DE 10,4) años. El sexo femenino apareció con más frecuencia en EAFNBG (58,1%) que en EAo moderada (49,5%), si bien no se alcanzó la significación estadística al respecto. No se encontraron diferencias significativas en las variables relacionadas con mayor repercusión hemodinámica tales como masa de ventrículo izquierdo (VI), volumen de aurícula izquierda (AI) y presión sistólica pulmonar (PSP). Tampoco se observaron diferencias significativas en el ritmo cardiaco que presentaban ambos grupos. Sin embargo, sí se objetivó un menor diámetro del tracto de salida de VI en los pacientes con EAFNBG. No hubo diferencias en la prevalencia de insuficiencia aórtica (IAo) o insuficiencia mitral (IM) entre ambos grupos.

Comparación variables cuantitativas

	EAFNBG (n = 129)	EAo moderada (n = 560)	Diferencia de
Edad (años)	77,8	75,0	2,8 (0,8 a 4,8)

Superficie corporal (m ²)	1,74	1,76	-0,02 (-0,09 a 0,05)
GM (mmHg)	30,9	24,0	6,9 (5,2 a 8,6)
VTDVI (ml)	84,2	86,0	-1,8 (-8,5 a 4,9)
FEVI (%)	65,7	65,5	0,2 (-1,3 a 1,7)
Masa VI indexada (g/m ²)	120,2	124,6	-4,4 (-11,8 a 3,0)
Volumen AI (ml)	76,6	74,2	2,3 (-4,9 a 9,5)
PSP (mmHg)	38,6	40,6	-2 (-6,7 a 1,3)
Diámetro tracto salida VI (mm)	20,6	21,3	-0,7 (-1,1 a -0,3)

Comparación variables categóricas

	EAFNBG (n = 129)	EAo moderada (n = 560)
Ritmo sinusal (%)	83,0	81,4
IAo (%)	20,2	22,0
IM (%)	8,5	13,4

VTDVI: volumen telediastólico de ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La presencia de diferencias en el diámetro del tracto de salida de VI, asociado a la ausencia de diferencias en los parámetros que indican mayor gravedad hemodinámica, permite cuestionar la verdadera existencia de la EAFNBG, que podría realmente corresponder a pacientes con EAo moderada que fueron erróneamente clasificados.