Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 389

Revista Española de Cardiología

6019-37. REMODELADO REVERSO AURICULAR Y VENTRICULAR IZQUIERDOS LUEGO DE LAS INTERVENCIONES VALVULARES AÓRTICAS

Alexandra Gonçalves, Cristina Gavina, Carlos Almería Valera, Gisela Feltes Guzmán, Rosa Ana Hernández-Antolín, Enrique Rodríguez, Adelino Leite-Ribeiro y José Luis Zamorano Gómez del Hospital Clínico San Carlos, Madrid y Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Oporto (Porto).

Resumen

Introducción: La estenosis aórtica severa (EAS) se asocia con dilatación auricular izquierda (AI) e hipertrofia ventricular izquierda (VI), relacionadas con disfunción diastólica y eventos clínicos adversos. Se describió remodelado reverso AI y VI luego del reemplazo valvular aórtico (RVA), pero los resultados luego de la implantación valvular aórtica transcatéter (TAVI) son escasos. Este estudio intenta comparar el remodelado reverso en pacientes con EAS referidos para TAVI o RAV con seguimiento a mediano plazo.

Métodos: Se evaluaron 129 pacientes mayores de 60 años, 72 (55,8%) sometidos a TAVI y 57 (44,2%) a RVA con ecocardiografía transtorácica bidimensional (2D) y 3D antes y luego de 6 meses del procedimiento. La masa VI se calculó por análisis biplano guiado por 3D, y los volúmenes AI y VI por análisis volumétrico directo.

Resultados: Los pacientes sometidos a TAVI fueron mayores (81,9 ± 7,6 vs 70,6 ± 6,6; p < 0,001), tuvieron mayor prevalencia de hipertensión arterial (81,9% vs 61,4%; p = 0,016), insuficiencia renal (filtrado glomerular < 50 ml/min) (27,8% vs 10,5%; p = 0,027) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (41,3% vs 21,1%; p = 0,032). A 6 meses, ambos grupos mostraron similar reducción en los gradientes pico (85,9 ± 22,3 mmHg a 16,8 ± 8,5 mmHg; p < 0,001) y medio (54,3 ± 14,9 mmHg a 12,5 ± 10,7 mmHg; p < 0,001) e incremento en el área valvular aórtica (0,6 ± 0,1 cm^2 a 1,7 ± 0,6 cm^2; p < 0,001) y fracción de eyección VI (59,3 ± 13,4% a 61,5 ± 11,1%; p = 0,173). El volumen AI fue mayor en los pacientes con TAVI y mostraron un descenso significativo de los mismos (46,3 ± 14,6 ml/m^2 a 41,4 ± 13,9 ml/m^2; p = 0,029). No se observó reducción significativa de los volúmenes AI en el grupo de RVA (37,8 ± 14,8 ml/m^2 vs 36,2 ± 12,1 ml/m^2; p = 0,574), aunque la masa VI se redujo solo en este grupo (135,7 ± 34,1 g/m^2 vs 115,3 ± 30,5 g/m^2; p = 0,005) vs (130,5 ± 39,4 g/m^2 vs 126,1 ± 37,9 g/m^2; p = 0,495).

Conclusiones: El volumen AI se reduce en el seguimiento a mediano plazo en pacientes sometidos a TAVI, pero la reducción de la masa VI solo se observa en los pacientes con RVA. Estos resultados se podrían explicar por las diferencias concernientes a los procedimientos técnicos o las características de cada grupo, como la mayor edad o más comorbilidades que podrían presentar mayores niveles de fibrosis VI, restringiendo la posibilidad de remodelado reverso VI.