



## 4034-10. PATRONES DE AFECTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA. RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA VALVULOPATÍA

Pau Alonso Fernández, Begoña Igual Muñoz, Ana Andrés Lahuerta, Alicia Maceira González, Ana María Bel Mínguez, David Tejada Ponce, Josep Melero Ferrer y Antonio Salvador Sanz del Hospital La Fe, Valencia y Unidad de Imagen Cardíaca, ERESA, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La estenosis aórtica (EAo) supone una sobrecarga crónica de presión sobre el ventrículo izquierdo (VI) que condiciona cambios a nivel del miocardio que incluyen el incremento de la masa. Nos planteamos analizar la afectación miocárdica en la EAo y evaluar su relación con la gravedad de la estenosis y con la presencia de fibrosis.

**Métodos:** Seleccionamos un grupo de pacientes consecutivos diagnosticados de EAo moderada o grave por ecocardiograma (Grad 1/2 > 30 mmHg,  $V_{\text{máx}} = 3$  m/s y  $AVA_{\text{Ao}} = 1,5$  cm<sup>2</sup> por EC). Excluimos pacientes con otras valvulopatías significativas, miocardiopatía, coartación aórtica, obstrucción sub o supra valvular aórtica y cardiopatía isquémica objetivada por CRM. Analizamos: datos clínicos (FRCV, tratamiento, función renal)  $V_{\text{máx}}$  y gradiente medio, hipertrofia del VI (HVI definida como  $i\text{MVI} > 90$  g/m<sup>2</sup> en varones y  $> 75$  g/m<sup>2</sup> en mujeres), índice de asimetría (IA = TIV/PP), masa parietal relativa (MPR =  $i\text{MVI}/\text{VTDVI}$ ) y presencia de realce tardío de gadolinio (RTG). Se definieron 6 patrones: normal, remodelado concéntrico (MPR > 1,16,  $i\text{MVI}$  normal, IA 1,5), asimétrico (MPR > 1,16,  $i\text{MVI}$  normal, IA 1,5) e hipertrofia concéntrica (MPR > 1,16,  $i\text{MVI}$  elevada, IA 1,5), asimétrica (MPR > 1,16,  $i\text{MVI}$  elevada, IA > 1,5) y excéntrica (MPR 1,16,  $i\text{MVI}$  elevada).

**Resultados:** de 121 pacientes se excluyeron 80. Se analizaron 41 pacientes ( $66,92 \pm 16,61$  años, 43,9% mujeres, 21,9% bicúspides) con EAo (Grad1/2  $51,53 \pm 17,5$ ;  $V_{\text{máx}} 4,44 \pm 0,69$ ;  $AVA_{\text{Ao}} 0,77 \pm 0,18$ ). El 40% presentaron HVI y el 20% remodelado del VI. La  $i\text{MVI}$  no se correlaciona con la gravedad de la EAo (Grad1/2  $r = 0,126$   $p = 0,484$ ;  $V_{\text{máx}} r = 0,113$   $p > 0,524$ ). El 20% de los pacientes presentan fibrosis del VI. Al analizar grupo con y sin fibrosis no se encuentran diferencias en cuanto a la presencia de i. renal ( $p = 0,156$ ), HTA ( $p = 0,335$ ) y FEVI ( $p = 0,916$ ). Se aprecia una tendencia a presentar mayor gravedad de la EAo (Grad1/2  $p = 0,055$  y  $V_{\text{máx}} p = 0,075$ ) y una mayor  $i\text{MVI}$  ( $p = 0,089$ ) en pacientes con fibrosis.

**Conclusiones:** 1. El 40% de los pacientes con EAo presentan hipertrofia del VI; 2. La presencia de HVI no se correlaciona con la gravedad de la estenosis; 3. El 20% de los pacientes presentaron fibrosis del VI; 4. Existe una tendencia a presentar una mayor gravedad de la EAo y una mayor masa miocárdica en los pacientes con fibrosis.

4034-10.tif

Patrones de afectación del VI.

