Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 1083

Revista Española de Cardiología

6042-547. ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA NO GRAVE

M. Lucía Pérez Cebey[1], Jesús Peteiro[1], Gabriel Sánchez Fernández[1], Cayetana Barbeito Caamaño[1], Alberto Bouzas-Mosquera[1], Javier Broullón[2], Víctor Mosquera[3] y José Manuel Vázquez Rodríguez[1] de [1]Cardiología, [2]Informática y [3]Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con estenosis aórtica no grave (EA-NG) son referidos frecuentemente para realización de ecocardiograma de ejercicio (EE). Nuestro propósito fue evaluar las características clínicas y ecocardiográficas, así como el pronóstico de pacientes con EA-NS en los que esté indicado realizar un EE.

Métodos: Análisis retrospectivo de 331 pacientes consecutivos con EA-NG (ligera –EAL- en 191, moderada –EAM- en 140) que realizaron un EE en nuestro centro.

Resultados: Las razones para EE fueron disnea o angina típica (30%), angina probable (45%), dolor torácico atípico (12%) y evaluación funcional (13%). No hubo complicaciones durante la realización de la prueba. Las características basales fueron similares entre pacientes con EAL y EAM, pero los resultados fueron peores en los de EAM, con mayor presencia de síntomas (39 frente a 24%;p = 0,003), ? del índice de motilidad parietal (IMS) con el ejercicio (0,23 ± 0,31 frente a 0,16 ± 0,29; p = 0,03), menor frecuencia cardiaca máxima alcanzada prevista por edad (91 ± 14 frente a 94 ± 13%;p = 0,03), menor presión sistólica arterial (157 ± 31 frente a 166 ± 29 mmHg; p = 0,001) y menor fracción de eyección (FE) pico (57 ± 13 frente a 60 ± 14; p = 0,025). El gradiente máximo transaórtico medido por Doppler fue 46 ± 13 mmHg en la EAM y 27 ± 8 mmHg en la EAL (p < 0,001), incrementándose con el ejercicio a 62 ± 20 y 42 ± 16 mmHg, respectivamente. Durante un seguimiento de 6,0 ± 4,3 años hubo 121 muertes (36,6%) con unas tasas de mortalidad anualizadas de 5,9% en pacientes con EAL y 6,4% en EAM. Los predictores independientes de mortalidad fueron la edad (hazard ratio [HR] 1,08, 95% intervalo de confianza [IC] 1,05-1,11; p < 0,001), sexo masculino (HR 1,70, IC95% 1,12-2,58; p = 0,01), IMS basal (HR 2,10, IC95% 1,15-3,83; p = 0,02), ? del doble producto (HR 0,96, IC95% 0,93-1,00; p = 0,049) e ? de la FE (HR 0,97, IC95% 0,95-0,99; p = 0,005). Se realizaron revascularizaciones (Rev) o recambio valvular aórtico (RV) en 65 pacientes dentro de 1 año del EE. Los predictores independientes de Rev y/o RV fueron la positividad clínica y/o ECG en la prueba de esfuerzo (PE), ? del doble producto o ? de la FE (todas ellas con p < 0,001).

Conclusiones: La EE es una técnica segura en pacientes con EA-NG y puede ser útil para guiar opciones terapéuticas. Tiene valor incremental sobre la PE y las variables clínicas para predecir el pronóstico en estos pacientes.