Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 511

Revista Española de Cardiología

4023-4. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA FUNCIÓN AURICULAR IZQUIERDA POR TÉCNICAS DE DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EN FUNCIÓN DEL FLUJO?

Ciro Santoro, Ana Pardo Sanz, Rocío Hinojar-Baydes, Ana García, María Abellás Sequeiros, Luisa Salido Tahoces, Álvaro Marco del Castillo, Ariana González Gómez, José Julio Jiménez Nácher, Rosa Ana Hernández Antolín, José Luis Zamorano Gómez y Covadonga Fernández Golfín, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las características ecocardiográficas de los pacientes con flujo normal (FN) y estenosis aórtica (EAo) de bajo flujo (BF) han sido ampliamente investigadas. Sin embargo, las comparaciones en la función auricular izquierda en estas 2 condiciones diferentes no han sido examinadas. La sobrecarga de presión causada por la estenosis aórtica grave puede afectar no solo la función ventricular izquierda (VI) sino también la dimensión y el funcionamiento de AI. El objetivo de nuestro estudio es investigar las diferencias en la función de AI y VI en función del flujo del VI.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente los pacientes con estenosis aórtica grave con indicación de TAVI desde enero de 2016 hasta enero de 2017. Se realizó el análisis de la función AI por técnica volumétrica y por *speckle-tracking* ecocardiografía (STE) (AI-eR). Así mismo se calculó el *strain* longitudinal global (SLG) por STE. El volumen AI, la FEVI y la función diastólica se evaluaron de acuerdo con las recomendaciones recientes.

Resultados: 47 pacientes fueron incluidos. El 70,2% de los pacientes con EAo tenían FN (n = 33) mientras que el 27,7% tenían BF (n = 13). El riesgo de EuroSCORE fue menor en pacientes con FN (p 0,01). Entre los parámetros de función sistólica del VI la FEVI y el SLG se encontraban más deteriorados en el grupo de BF (p 0,001 para ambos). Al analizar los parámetros estándar de volúmenes y de función de AI, ni el volumen AI indexado ni los parámetros volumétricos de la función AI fueron diferentes en los 2 grupos. Por el contrario, AI-eR se mostró significativamente reducido en pacientes con BF (p = 0,003), sin diferencias de la relación E/e &#39 en los 2 grupos. En el subgrupo de pacientes en ritmo sinusal la función auricular mostró una tendencia a ser menor en comparación con los de FN (19,3 ± 6,0 frente a 14,1 ± 6,1; p = 0,06) y la presión sistólica de la arteria pulmonar p 0,005).

Parámetros eco	Flujo normal	Bajo flujo	p
Edad (años)	83,8 ± 3,4	84,2 ± 3,9	ns
Sexo (V/M)	22/11	6/7	ns

Prevalencia de FA (n/%)	3 (9%)	7 (53%)	0,002
Diámetro TD (mm)	44,6 ± 5,4	49,0 ± 7,2	0,04
Diámetro TS (mm)	27,7 ± 6,8	35,7 ± 9,8	0,004
FEVI (%)	64,5 ± 12,4	49,8 ± 12,3	0,001
SLG VI (%)	-18,4 ± 3,6	13,9 ± 4,5	0,001
Vol AI index (ml/m^2)	48,3 ± 24,9	61,8 ± 26,1	ns
AI-eR (%)	18,4 ± 6,7	11,4 ± 5,5	0,003
AI reservoir (%)	41,7 ± 13,6	31,4 ± 21,8	ns
E/E’ ratio	19,1 ± 7,1	18,1 ± 7,9	ns
PASP (mmHg)	36,3 ± 8,8	47,6 ± 14,6	0,005

Conclusiones: Los pacientes con EAo grave con BF presentan una función AI más deteriorada que los pacientes con FN, medida por STE. El análisis de deformación AI por STE es más sensible que las técnicas ecocardiográficas volumétricas convencionales para detectar cambios en la función AI. Su papel en la estratificación de riesgo y su capacidad de predecir el desarrollo de FA debe ser evaluado prospectivamente en futuros estudios.