Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 285

Revista Española de Cardiología

5019-7. REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE: ANÁLISIS DE UNA LARGA COHORTE DE PACIENTES

Javier Ramos Jiménez, Sergio Hernández Jiménez, María Plaza Martín y José Luis Zamorano Gómez, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EAo) es la enfermedad valvular más prevalente. Su presencia implica un aumento de la poscarga del ventrículo izquierdo (VI) conduciendo a un aumento de la masa miocárdica. El objetivo del presente trabajo es estudiar la presencia de hipertrofia ventricular izquierda y los diferentes patrones de remodelado en una larga cohorte de pacientes con EAo grave.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico de casos consecutivos. Los pacientes con EAo grave, definida por una área valvular aórtica (AVA) 1,0 cm^2 y fracción de eyección de VI conservada (FEVI ? 50%) fueron incluidos. Se estableció el diagnóstico de hipertrofia si la masa indexada de VI era > 95 g/m^2 en mujeres o > 115 g/m^2 en varones. La geometría del VI se evaluó mediante el grosor parietal relativo, considerando un punto de corte de 0,42 acorde a las recomendaciones actuales.

Resultados: Un total de 805 pacientes con EAo grave fueron incluidos, el 49,7% (n = 400) de ellos eran mujeres (50,3%; n = 405 varones). La masa indexada de VI se documentó en 665 sujetos, la mayoría de ellos (74,9%; n = 498) presentando criterio de hipertrofia. La hipertrofia concéntrica fue el fenotipo más frecuente (63,9%; n = 420). Las mujeres presentaban mayor hipertrofia que los varones (82,7 frente a 60,5%; p 0,01). A pesar de una mayor prevalencia de hipertrofia de VI, las mujeres mostraban EAo con datos de menor gravedad al comparar gradiente medio (39 mmHg frente a 42 mmHg; p = 0,04) y AVA indexada (0,42 cm^2/m^2 frente a 0,40 cm^2/m^2; p = 0,02). La hipertrofia de VI se asoció a dilatación auricular y mayor presión sistólica en arteria pulmonar (PSAP).

Diferencias entre sujetos con y sin hipertrofia de VI

	Masa de VI indexada normal	Hipertrofia de VI	p
AVA indexada (cm^2/m^2)	0,42 ± 0,01	0,41 ± 0,01	0,52
Gradiente medio (mmHg)	42 ± 0,7	36 ± 1,1	0,01

Volumen latido indexado (ml/m^2)	41 ± 1	37 ± 1	0,01
Volumen de aurícula izquierda indexado (ml/m^2)	38 ± 1	46 ± 1	0,01
PSAP (mmHg)	30 ± 2	41 ± 1	0,01

AVA: área valvular aórtica; PSAP: presión sistólica de arteria pulmonar.

Patrones de remodelado ventricular según sexos.

Conclusiones: La hipertrofia de VI afecta a la mayoría de pacientes con EAo grave, acompañándose frecuentemente de datos ecocardiográficos de mal pronóstico (dilatación auricular, aumento de PSAP). El remodelado de VI es diferente en función del sexo, mostrando las mujeres mayor grado de hipertrofia pese a datos de menor gravedad de su valvulopatía.