



5002-6. ESTENOSIS AÓRTICA: ¿CAMBIANDO CON LA EDAD?

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) representa la principal enfermedad valvular en los países desarrollados, con una prevalencia que va en aumento con progresivo el envejecimiento poblacional de la actualidad. Con tal carga de enfermedad, establecer claramente su epidemiología e historia natural resulta crucial. El objetivo del presente trabajo es establecer las características diferenciales de los sujetos con EAo grave de más de 85 años.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico (10 hospitales terciarios) y prospectivo de casos consecutivos. Los pacientes con EAo grave, definida por un área valvular aórtica $1,0 \text{ cm}^2$, y fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) conservada ($\geq 50\%$) fueron incluidos. Se definió gradiente medio (GM) bajo cuando este era menor a 40 mmHg y estado de bajo flujo cuando el volumen sistólico indexado (VSi) era 35 ml/m^2 . La geometría de VI se analizó teniendo en cuenta la masa de VI y el grosor parietal relativo según recogen las recomendaciones actuales. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 636 pacientes con una edad media de 76,4 años (18-97), el 21,9% de ellos ($n = 139$) mayores de 85 años. Se detectó un ligero predominio del sexo femenino (53,9%; $n = 343$). No objetivamos diferencias significativas en el AVA, FEVI, volumen y diámetros telediastólicos de VI, masa indexada de VI o geometría ventricular izquierda. Sin embargo, el GM y VSi fueron significativamente menores en el grupo de edad más avanzada, que a su vez presentó con más frecuencia fibrilación auricular e insuficiencia mitral o tricúspide significativas. El patrón de flujo y gradiente se objetivó significativamente diferente entre ambos grupos de edad tal y como muestra la figura.

Características diferencias según los grupos de edad

	Menores de 85 años	≥ 85 años	p
AVA (cm^2)	0,73 ($\pm 0,16$)	0,72 ($\pm 0,18$)	0,46
FEVI (%)	65 ($\pm 7,9$)	64 ($\pm 7,8$)	0,21

GM (mmHg)	41 (\pm 14,2)	37 (\pm 13)	0,04
VS _i (ml/m ²)	40 (\pm 11)	36 (\pm 11)	0,01
VTDVI index (ml/m ²)	47 (\pm 16)	45 (\pm 16)	0,07
Masa VI index (g/m ²)	126 (\pm 36)	127 (\pm 36)	0,66
Geometría normal de VI (%)	3,9	2,5	
Remodelado concéntrico (%)	24,3	24,4	
Hipertrofia concéntrica (%)	64,2	66,4	0,64
Hipertrofia excéntrica (%)	7,6	6,7	
FA (%)	12,3	19,3	0,04
IM significativa (%)	11,3	18,7	0,02
IT significativa (%)	50,4	65,7	0,01

AVA: área valvular aórtica; VS: volumen sistólico; VTDVI: volumen telediastólico de VI; FA: fibrilación auricular; IM: insuficiencia mitral; IT: insuficiencia tricúspide.



Patrones de flujo y gradiente según grupo etario.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el patrón de flujo y gradiente varía con la edad independientemente de no encontrarse diferencias en la geometría de VI, lo que contrasta con estudios previos que sugieren estados de bajo flujo y gradiente a una mayor hipertrofia concéntrica. Este estado hemodinámico podría explicarse por circunstancias como la FA, o insuficiencias mitral o tricúspide significativas.