



6057-10. REMODELADO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO E INSUFICIENCIA AÓRTICA CRÓNICA: ¿LAS VÁLVULAS AÓRTICAS BICÚSPIDES SE COMPORTAN IGUAL A UNA TRICÚSPIDE?

Gino Graciani Rojas Lavado¹, Esther González Bartol¹, Teresa Sevilla Ruiz², José Francisco Gil Fernández¹, Jordi Candela Ferre¹, Paloma Pulido Garrido¹, María de Miguel Álava¹, Javier Gómez Herrero¹, David Carnicero Martínez¹, Sara Martín Paniagua¹, Adrián Lozano Ibáñez¹, Ana Revilla Orodea², Itziar Gómez Salvador² y José Alberto San Román Calvar²

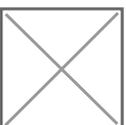
¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid y ²Hospital Clínico Universitario. CIBER de Enfermedades Cardiovasculares. CIBERCV, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías sobre insuficiencia aórtica (IAo) no difieren sus recomendaciones entre pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y trivalva (VAT). Sin embargo, nuestro entendimiento sobre ambas historias naturales es limitada.

Métodos: Se analizó a 238 pacientes retrospectiva sometidos a Resonancia magnética cardiaca (RMC) para estudio de su IAo y aorta. El volumen telediastólico (VTDVI), telesistólico (VTSVI) del ventrículo izquierdo (VI) y la fracción de eyección (FE) fueron evaluadas con secuencias de cine. La IAo fue medida por la fracción regurgitante (FR) siendo significativa (IAoS) si la FR > 28% y no significativa (IAoNS) si era menor. 19 pacientes con otra cardiopatía estructural o IAo moderada y grave fueron excluidos.

Resultados: Se analizó a 219 pacientes. La edad media fue 53 ± 19 años y el 74% era varón. 116 tenían VAB (78% fusión izquierda-derecha, 21% derecha y no coronariano y 1% no coronariano y rafe) y 103 tenían VAT (mecanismo de IAo por 52% degeneración, 33% dilatación de aorta y 15% otras). 4% no presentaron IAo, 63% tenían IAo leve, 17% moderada y 16% grave. La FR media fue 20,7%. Un 33% presentaba IAoS y el 61% tenía dilatación de aorta. Comparados con el grupo de VAT, el grupo de VAB fue más joven (41 vs 67 años), mostraba mayor área de superficie corporal (ASC) (1,9 vs 1,8 m²) y tenía predominio masculino (83% vs 65%), p 0,001. El grupo VAB tuvo IAo más leve (FR: 13% vs 21,5%, p 0,001, IAoS 25 vs 42%, p = 0,008) pero sus VI fueron mayores: VTDVI 189 ml vs 165 ml, p 0,001, VTSVI 77 ml vs 68 ml, p = 0,003. Estas diferencias no fueron significativas según ASC: índice VTDVI 98 ml vs 91 ml, p = 0,051; índice VTSVI 41 ml vs 36 ml, p = 0,113. FE no fue diferente: 59 vs 59%, p = 0,46. El grupo de VAB mostró mayores VTDVI, VTSVI cuando tenían IAoNS pero no hubo diferencia comparando al grupo con IAoS. (fig.) Finalmente, de aquellos con IAoNS, el 30% de VAB tuvo aumento del VTDVI y la mitad de estos casos mostró dilatación moderada o grave, mientras que solo el 12% del grupo de VAT tuvo dilatación del VTDVI y en ningún caso fue grave.



Volumen ventricular izquierdo y gravedad de insuficiencia aórtica. VAT vs VAB.

Conclusiones: En contexto de IAoNS, los pacientes con VAB tienen VI de mayor volumen. Estas diferencias pueden deberse a una remodelación temprana por exposición a IAo leve (un tercio tuvo dilatación del VI pese a IAoNS). Se debe intentar identificar las diferencias entre ambos grupos y determinar si merecen las mismas recomendaciones.