



6012-75. RELEVANCIA PRONÓSTICA DEL GRADIENTE Y EL ESTADO DE FLUJO EN ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Eduardo Pozo Osinalde¹, Juan Ramón Bravo Domínguez¹, Lina de Lara Fuentes¹, Pedro Marcos Alberca¹, José Juan Gómez de Diego¹, Carmen Olmos Blanco¹, Patricia Mahía Casado¹, María Luaces Méndez¹, Pilar Jiménez Quevedo¹, Luis Nombela Franco¹, Manuel Carnero Alcázar², Luis Maroto Castellanos², Julián Pérez-Villacastín Domínguez¹ y José Alberto de Agustín Loeches¹

¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EAo) grave se puede presentar con diferentes patrones de flujo, gradiente y FEVI. La EAo grave de bajo gradiente y bajo flujo paradójico (BG-BFP) tiene un perfil clínico específico pero su pronóstico y manejo resulta aún controvertido. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de los diferentes patrones de EAo en la incidencia de eventos clínicos mayores.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos diagnosticados de EAo grave en nuestro centro terciario durante 2021. Se revisaron cuidadosamente los parámetros ecocardiográficos y los pacientes fueron clasificados siguiendo las guías actuales en 4 categorías: alto gradiente (AG), bajo flujo con bajo gradiente concordante (BG-BFC), bajo gradiente con bajo flujo paradójico (BG-BFP) y bajo gradiente con flujo normal (BG-FN). Las características basales y los eventos clínicos (ingreso por insuficiencia cardíaca, intervención y muerte) al año se recogieron de los registros médicos. La asociación entre las categorías y los eventos se estableció con las pruebas t-Student o ANOVA según se precisara.

Resultados: 205 pacientes con EAo grave fueron incluidos en el estudio (81 ± 10 años, 52,7% mujeres). La distribución de las categorías fue la siguiente: AG (138, 67,3%), BG-BFP (34, 19,8%), BG-BFC (21, 10,2%), BG-FN (12, 5,9%). Durante el seguimiento el 24,8% fue ingresado por insuficiencia cardíaca, 68,3% fueron sometidos a recambio valvular (51,7% TAVI), y el 22% falleció. La insuficiencia tricuspídea grave fue más frecuente en BG-BFP que en AG (14,7 vs 2,2%; $p = 0,01$). A pesar de no haber diferencias en la proporción de intervención, más pacientes con BG-BFP (32,4 vs 15,9%; $p = 0,049$) fallecieron durante el seguimiento.

Conclusiones: El BG-BFP es el segundo patrón más frecuente de EAo en nuestra corte y se relacionó con una mayor mortalidad sin diferencias en la ratio de reemplazo. Por tanto, esta controvertida categoría en lugar de ser infraestimada debería ser seguida de forma cercana para considerar una intervención temprana.