Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 467

Revista Española de Cardiología

6114-15. IMPACTO DEL BAJO FLUJO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA DE ALTO GRADIENTE Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA TRAS REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER

José Antonio Parada Barcia, Manuel Barreiro Pérez, Pablo Pazos López, Tatiana Mallely Matajira Chia, José Antonio Baz Alonso, Carla Iglesias Otero, Francisco Calvo Iglesias y Andrés Íñiguez Romo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La determinación del flujo mediante ecocardiografía transtorácica (ETT) tiene relevancia pronóstica en la estenosis aórtica (EAo). La clasificación de EAo actual recogida en las guías de práctica clínica emplea el flujo, el gradiente y la fracción de eyección (FEVI) para establecer cuatro categorías: alto gradiente (HG), bajo flujo-bajo gradiente (LF-LG) con FEVI reducida, LF-LG con FEVI conservada y flujo normal-bajo gradiente (NF-LG). La EAo de bajo flujo-alto gradiente (LF-HG) no incluida en la clasificación previa, ha recibido escasa atención a pesar de existir evidencia que sugiere peor pronóstico al de la EAo HG con flujo normal. El objetivo del estudio es evaluar el impacto del bajo flujo en la EAo de alto gradiente y fracción de eyección conservada tras reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI).

Métodos: Cohorte retrospectiva de 130 pacientes consecutivos con EAo grave sometidos a TAVI entre enero de 2018 y diciembre de 2019 en un único centro. Se define alto gradiente como gradiente medio (Gmed) > 40 mmHg. Empleamos dos definiciones para establecer flujo normal: volumen sistólico indexado (VSi) > 35 mL/m^2 y tasa de flujo transaórtico (TFR) (volumen sistólico/tiempo de eyección) > 250 mL/segundo. Tras excluir a los pacientes con FEVI conservada y EAo de bajo gradiente (Gmed 40 mmHg), se incluyeron 56 pacientes. Para el análisis de supervivencia se definió como objetivo mortalidad por todas las causas.

Resultados: De acuerdo al VSi, 48 pacientes (85,7%) fueron clasificados como EAo NF-HG y 8 (14,3%) como LF-HG. La utilización de la TFR reclasificó a los individuos en 25 (44,6%) como EAo NF-HG y 31 como LF-HG (55,3%) (tabla). El seguimiento medio fue de 2,14 ± 0,96 años. De acuerdo al VSi, 16 NF-HG (33,3%) y 3 LF-HG (37,5%) fallecieron. Según TFR, 9 NF-HG (36%) y 9 LF-HG (29%) fallecieron. Ni el bajo flujo determinado por VSi, ni por TFR, se asociaron a incremento de mortalidad por todas las causas en el seguimiento tras TAVI, en comparación con EAo NF-HG (?^{2} = 0,09; p = 0,76 para VSi); (?^{2} = 0,30; p = 0,59 para TFR) (figura).

Características basales de los pacientes con estenosis aórtica de alto gradiente FEVI conservada según el flujo

	Alto flujo (VSi) (N = 48)	Bajo flujo (VSi) (N = 8)	p	Alto flujo (TFR) (N = 25)	Bajo flujo (TFR) (N = 31)	p
Edad, años	84,9 (6,4)	83,2 (5,3)	0,39	82,7 (5,6)	84,2 (5,3)	0,27
Sexo masculino	21 (43,8)	3 (37,5)	0,74	13 (54,2)	11 (35,5)	0,17
IMC	28,4 (4,6)	28,6 (4,2)	0,56	28,7 (4,9)	27,7 (3,5)	0,61
Diabetes mellitus	20 (41,7)	1 (12,5)	0,11	9 (36,0)	11 (35,5)	0,88
Hipertensión arterial	38 (79,2)	7 (87,5)	0,58	20 (80,0)	24 (77,4)	0,59
Filtrado glomerular	69,7 (18,8)	51,6 (25,2)	0,11	68,9 (22,2)	64,9 (19,2)	0,21
EPOC	12 (25)	0 (0)	0,11	6 (24,0)	6 (19,4)	0,62
Fibrilación auricular	20 (41,7)	5 (62,5)	0,27	12 (48,0)	13 (42,0)	0,55
Gmed, mmHg	50,9 (10,7)	52,9 (16,1)	0,34	50,7 (11,6)	50,6 (10,3)	0,56
AVA, cm^2	0,76 (0,2)	0,60 (0,3)	0,12	0,83 (0,13)	0,66 (0,2)	0,08

VSi: volumen sistólico indexado; TFR: tasa de flujo transaórtico; IMC: índice de masa corporal; Gmed: gradiente medio; AVA: área valvular aórtica.

Conclusiones: No observamos asociación entre bajo flujo e incremento de mortalidad tras TAVI en pacientes con EAo de alto gradiente y FEVI conservada. El hecho de que se haya descrito su asociación en pacientes con EAo grave en ausencia de intervención valvular plantea la hipótesis de si la intervención valvular ha modificado dicha asociación.