



6. IMPACTO DEL BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y EL REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER: ESTUDIO ALEATORIZADO RASTAVI

Ignacio J. Amat Santos¹, Diego López Otero², Luis Nombela Franco³, Vicente Peral Disdier⁴, Francisco Fernández Avilés⁵, Víctor Jiménez-Díaz⁶, Antonio Muñoz García⁷, Raquel del Valle Fernández⁸, Ander Regueiro⁹, Borja Ibañez¹⁰, Joan Antoni Gómez-Hospital¹¹, Ana Revilla Orodea¹², Javier Gómez-Herrero¹, Manuel Carrasco Moraleja¹³ y J. Alberto San Román¹²

¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ²Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ³Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ⁴Cardiología. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, ⁵Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ⁶Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ⁷Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ⁸Cardiología. HUCA Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ⁹Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ¹⁰Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ¹¹Cardiología. Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ¹²Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid y CIBERCV Centro de Investigación Biomédica en Red-Enfermedades Cardiovasculares, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda (Madrid), España y ¹³CIBERCV Centro de Investigación Biomédica en Red-Enfermedades Cardiovasculares, Instituto de Salud Carlos III, Valladolid, España.

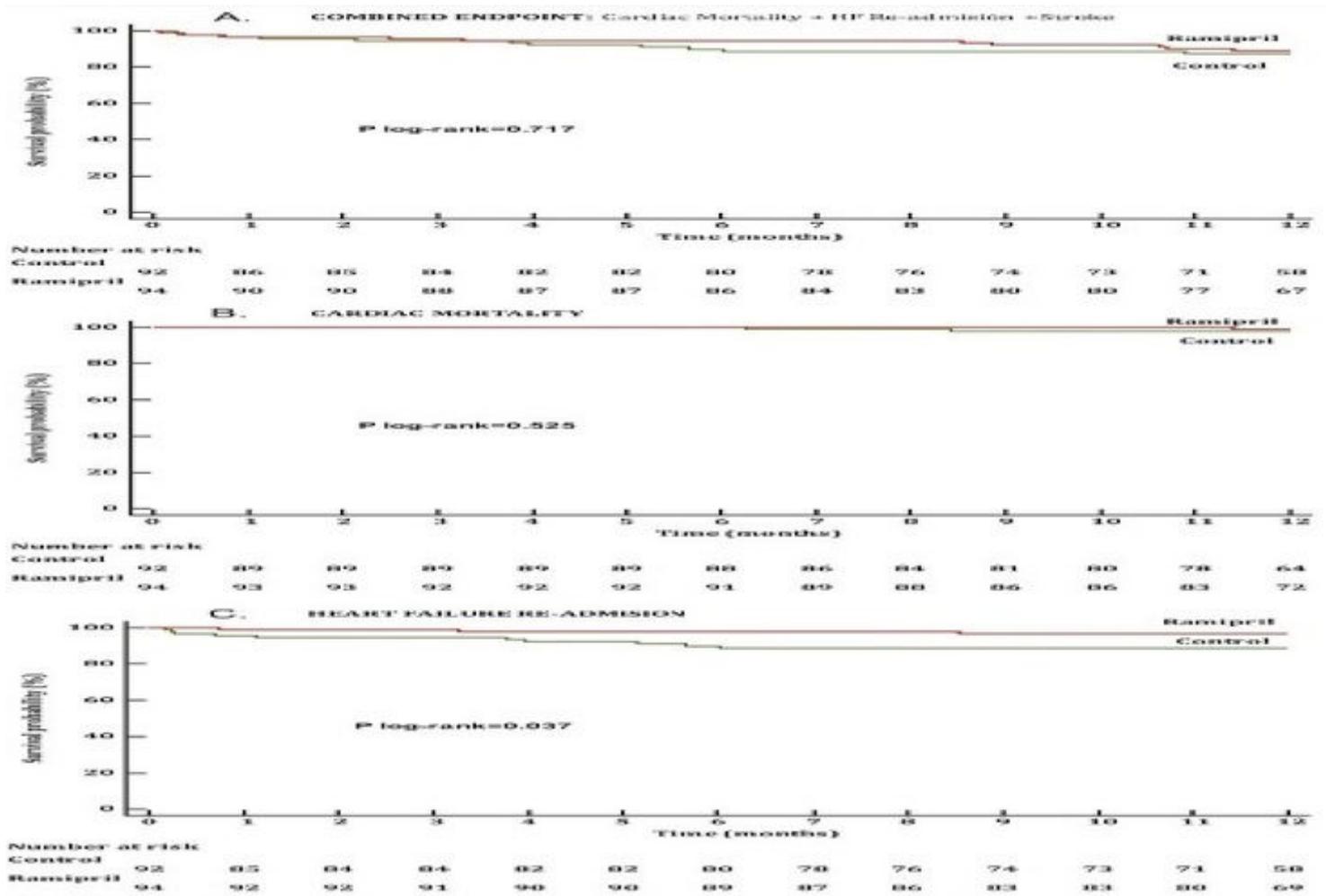
Resumen

Introducción y objetivos: Tras el implante de prótesis aórtica transcatheter (TAVI), algunos pacientes con estenosis aórtica grave continúan con similar fibrosis miocárdica y mal pronóstico. Los inhibidores de renina-angiotensina podrían mejorar dicho pronóstico.

Métodos: Estudio multicéntrico en pacientes sometidos a TAVI exitosa con función ventricular izquierda superior al 40% aleatorizados a tratamiento médico óptimo (TMO) vs TMO + máxima dosis tolerada de ramipril. El objetivo primario incluye el combinado de mortalidad cardiaca, ingreso por insuficiencia cardiaca o ictus a 3 años. El objetivo secundario incluye el evento combinado de capacidad funcional, remodelado ventricular izquierdo y fibrosis miocárdica evaluada de forma independiente en corelab de ecocardiografía y resonancia magnética a 1 año. Presentamos resultados del primer año de seguimiento.

Resultados: Un total de 186 pacientes de 83 años [79-86], 58,1% de mujeres y EuroSCORE-II de 3,75% [3,08-4,97] se aleatorizaron a TMO + ramipril (n = 94) o TMO (n = 92). No se encontraron diferencias basales, intraprocedimiento ni intrahospitalarias. La dosis mediana de ramipril fue de 2,5 mg; el tratamiento se abandonó por tos en el 4,25% y por hipotensión en el 1%. El objetivo primario combinado ocurrió en el 10,6% en el grupo con ramipril + TMO vs 12% en el de TMO (p = 0,776), sin diferencias en mortalidad cardiaca (1,1 vs 2,2%, p = 0,619) pero menor tasa de reingresos por insuficiencia cardiaca en el grupo tratado con ramipril + TMO (3,2 vs 10,9%, p = 0,040) (figura). En el análisis por protocolo se demostró un remodelado más favorable en el grupo con ramipril+TMO, con volumen telediastólico y telesistólico del ventrículo izquierdo de 70,5 cc [60-96,5] (vs 87,5 cc [64-106], p = 0,044) y 26,5 cc [19,2-35] (vs 34,5 cc [22-45], p = 0,035), respectivamente. La resonancia magnética demostró una disminución en el porcentaje de fibrosis miocárdica del 1,63% [0,75-2,21] al 1,51% [0,61-1,98] (p = NS) sin diferencias entre el grupo de

ramipril+TMO (0,91% [0,40-1,59]) y el de TMO (1,82% [1,03-2,15], p = 0,113).



Curvas de supervivencia para el objetivo primario, mortalidad cardiaca y reingresos por insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La administración de ramipril + TMO tras TAVI en pacientes con función ventricular izquierda conservada se asoció a una reducción en la tasa de reingresos por insuficiencia cardiaca y a una reducción en el volumen ventricular izquierdo en el análisis por protocolo, sin diferencias en mortalidad ni regresión del grado de fibrosis a 1 año de seguimiento.