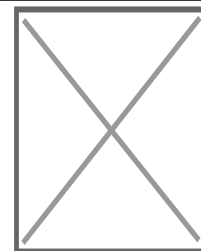


Revista Española de Cardiología



5023-3. DIFERENCIAS DEL RITMO CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL EN ANEURISMAS Y DISECCIONES DE AORTA

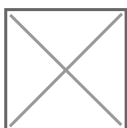
María Teresa González López, Pedro Aranda Lara y Pedro Javier Aranda Granados del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo en aneurismas y disecciones aórticas. Dado su distinta base fisiopatológica, analizamos las posibles diferencias en el perfil circadiano de presión arterial (PA) de 24 horas en pacientes con estas 2 entidades.

Métodos: Se incluyeron 138 pacientes hipertensos (87,7% varones) con patología adquirida de aorta en seguimiento (tratamiento conservador) y se establecieron dos grupos en función de la entidad nosológica (aneurismas o disecciones). Se realizó monitorización ambulatoria de PA de 24h a cada sujeto (SpaceLabs 90217). Se realizó un análisis comparativo de las diferencias en el perfil de PA de 24 horas para ambos grupos nosológicos. Se empleó el test χ^2 /regresión lineal simple en el análisis bivalente. Se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: El 74,6% ($n = 103$) presentaba aneurismas [51,9% aorta abdominal, 19,4% aorta ascendente, 7,2% aorta toraco-abdominal y 3,6% aorta torácica descendente] y el 25,4% ($n = 35$) disecciones [54,2% tipo IIb, 31,4% tipo IIIa, 14,2% tipo I]. Los resultados del análisis comparativo de los parámetros de PA entre los grupos de aneurismas y disecciones se muestran en la tabla. Una elevación matutina de PA $> 25\%$ fue la variable con significación estadística, siendo superior en las disecciones (22,8% frente a 4,6%, $p < 0,003^*$). Respecto al perfil circadiano de PA (aneurismas frente a disecciones), la prevalencia de perfil *dipper* fue 9,3% frente a 22,2% ($p < 0,006^*$), *non-dipper* 57,4% frente a 22,2% ($p < 0,032^*$), *riser* 25,9% frente a 44,4% ($p < 0,009^*$) y *dipper* extremo 1,9% frente a 11,1 ($p < 0,008^*$), como se muestra en la figura. El perfil *riser* tuvo una prevalencia 5 veces superior en las disecciones.



Análisis bivalente del tipo de perfil circadiano de PA en aneurismas y disecciones.

Análisis comparativo de parámetros de variabilidad de PA entre aneurismas y disecciones			
Variable	Aneurismas ($n = 103$)	Disecciones ($n = 35$)	p

Carga sistólica diurna (%)	11,9 ± 9,8	5,23 ± 3,4	0,065
Carga sistólica nocturna (%)	36,68 ± 16,7	33,76 ± 14,4	0,59
Carga sistólica 24 h (%)	22,95 ± 14,1	18,26 ± 11,9	0,89
Carga diastólica diurna (%)	6,83 ± 3,2	3,95 ± 2,3	0,86
Carga diastólica nocturna (%)	14,41 ± 7,9	9,31 ± 3,8	0,78
Carga diastólica 24 h (%)	10,17 ± 6,3	6,37 ± 3,9	0,67
Variabilidad sistólica diurna (mmHg)	12,99 ± 3,6	13,96 ± 4,2	0,98
Variabilidad sistólica nocturna (mmHg)	12,47 ± 3,9	10,21 ± 2,7	0,46
Variabilidad sistólica 24 h (mmHg)	13,41 ± 3,4	13,26 ± 3,1	0,72
Variabilidad diastólica diurna (mmHg)	9,83 ± 2,9	9,24 ± 1,7	0,44
Variabilidad diastólica nocturna (mmHg)	8,78 ± 2,6	7 ± 1,7	0,71
Variabilidad diastólica 24 h (mmHg)	9,87 ± 2,4	9 ± 1,5	0,66
Incremento medio de PA matutina (mmHg)	7,4 ± 3,3	9,2 ± 5,3	0,074
Elevación PA matutina > 25% *	4,6% (n = 12)	22,8% (n = 8)	0,003 *
*Se señalan las variables con significación estadística.			

Conclusiones: Los pacientes con disecciones aórticas presentan una mayor labilidad tensional definida por un perfil circadiano más “extremo” respecto a aquellos con aneurismas aórticos (prevalencia superior de patrón *riser* y mayor incremento matutino de la PA), lo que pone de manifiesto las fluctuaciones más extremas de presión en estos casos, pudiendo tener relación con la fisiopatología subyacente de la disección aórtica.