



4013-2. PATRONES DE HIPERTROFIA Y FIBROSIS EN ESTENOSIS AORTICA. ESTUDIO CON RESONANCIA MAGNÉTICA

Begoña Igual Muñoz¹, Pau Alonso Fernández², Lucia Doñate Bertolín², Ana Andrés La Huerta², Francisco José Valera Martínez², Alicia Maceira González¹, Vicente Miro Palau² y Anastasio Montero Argudo² del ¹ERESA, Valencia y ²Hospital La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La presencia de hipertrofia (HVI) y fibrosis (F) han demostrado ser factores pronósticos en la evolución de la estenosis aórtica (EAO).

Objetivos: Conocer los factores implicados en su desarrollo y para ello: 1. Estudiaremos los patrones de HVI/F. 2. Analizaremos su relación con la severidad de la EAO y datos clínico-radiológicos.

Métodos: Incluimos de forma prospectiva y consecutiva pacientes con EAO significativa considerando como tal Gradiente medio (G med) por ecocardiografía > 30 mmHg y área valvular por planimetría en estudio de cardiorresonancia $< 1,1$ cm². Excluimos pacientes con otras valvulopatías significativas o cardiopatía isquémica concomitante. Analizamos: a) Datos clínico-radiológicos b) Gmed y gradiente máximo (Gmax) por ecocardiografía c) Presencia y patrones de HVI por cardiorresonancia considerando HVI una masa indexada -iMVI- > 90 g/m² en varones (V) y > 75 g/m² en mujeres (M) 3) Presencia, patrones y masa de F cuantificada semiautomáticamente.

Resultados: Incluimos 44 pacientes (p), 26 (59%) V, edad media 67 años (DE: 13), 17p (38,6%) con HVI, 4 p excéntrica, 9 p con remodelado, 6 (14%) con patrones asimétricos. Observamos F intramiocárdica focal en 9p (20%), afectando con mayor frecuencia a segmentos basales de septo anterior (7p). La masa de F mostró una débil pero significativa correlación con la severidad de EAO ($R = 0,4$, $p = 0,01$ para Gmax y $R = 0,35$ $p = 0,04$ para G med) sin asociación con edad, función y volúmenes ventriculares, sexo, MVI, HTA o insuficiencia renal. La iMVI no se correlacionó con la gravedad de EAO ($R = 0,18$ $p = 0,28$ para Gmax y $R = 0,12$ $p = 0,32$ para Gmed), ni con el resto de variables excepto sexo (89 g/m² en V vs 68 g/m² en M, $p = 0,001$) y fracción de eyección de ventrículo izquierdo ($R: 0,32$, $p = 0,001$) y derecho ($R: 0,5$, $p < 0,001$).

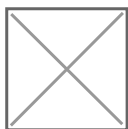


Figura. Fibrosis focal septal anterior en estenosis aórtica.

Conclusiones: 1. Menos de la mitad de los pacientes con EAO significativa tienen HVI y esta no se asocia a la gravedad de la EAO sino al sexo y a la fracción de eyección biventricular. 2. Se observa un porcentaje no despreciable de patrones asimétricos. 3. Observamos F intramiocárdica lineal septal en 20% de p asociándose de forma significativa a la severidad de la EAO.