



5005-7. IMPORTANCIA DEL DAÑO CARDIACO ESTRUCTURAL ESTABLECIDO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SOMETIDOS A IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA TRANSCATÉTER

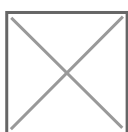
Juan José Portero Portaz¹, Jesús María Jiménez Mazuecos¹, Antonio Gutiérrez Díez¹, Arsenio Gallardo López¹, Juan Gabriel Córdoba Soriano¹, Vicente Ferrer Bleda¹, María Isabel Barrionuevo Sánchez¹, Miguel José Corbi Pascual¹, Juan Carlos García López¹ y José María Jiménez Vizuite², del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: No es fácil discriminar que pacientes a los que se implanta TAVI se van a beneficiar más pues existe un subgrupo de pacientes que van a fallecer o van a seguir ingresando por enfermedad cardiovascular en la evolución. En algunos pacientes con estenosis aórtica existe ya daño cardiaco (DC) que en muchas ocasiones no regresa o es irreversible a pesar de un TAVI. No conocemos bien si este daño cardiaco confiere peor pronóstico aunque estudios preliminares así lo demuestran.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a implante de TAVI en un solo centro. Se analizan parámetros ecocardiográficos en el último ecocardiograma disponible antes del implante del TAVI. Se define DC estructural a la presencia de cualquiera de los siguientes parámetros: septo interventricular ? 20 mm, FEVI ? 50%, presencia de insuficiencia mitral ? 3-4, dilatación de aurícula izquierda ? 50 mm, HTP > 55 mmHg o dilatación de cavidades derechas. Los pacientes que tenían alguno de estos criterios conformaban el grupo DC frente al grupo no DC si no tenían ninguno de los anteriores criterios. Se analiza la supervivencia libre de eventos mayores en el seguimiento (muerte + ingreso cardiovascular) a lo largo de un seguimiento promedio de 634 días.

Resultados: Se obtuvieron datos de 98 pacientes (76 pacientes grupo DC frente a 22 pacientes grupo no DC). No hubo diferencias en edad, sexo, HTA o DM, presencia de broncopatía o insuficiencia renal, peso y talla, antecedentes de cardiopatía isquémica o cirugía cardiaca previa ni grado funcional. La presencia de disfunción ventricular e HTP fue lógicamente más frecuente en el grupo DC de forma significativa. A lo largo del seguimiento (promedio 634 días) se produjeron 22 eventos cardiovasculares mayores (24%), siendo estos claramente mayores en pacientes del grupo DC (30%) que en el grupo no DC (5%) (*log rank* 6,8, *p*: 0,009) (figura).



Conclusiones: Los pacientes a los que se realiza un TAVI que presentan daño cardiaco estructural definido por parámetros ecocardiográficos tienen peor pronóstico en el seguimiento. Estudios con mayor número de pacientes diseñados al respecto podrían mostrar si es mejor actuar más precozmente antes de que este daño se

produzca o incluso definir parámetros a partir de los cuales el pronóstico sea tan ominoso que marque que estos procedimientos son fútiles.