



Revista Española de Cardiología



5017-3. EN LA BÚSQUEDA DE UN MEJOR MÉTODO DE INDEXACIÓN EN ESTENOSIS AÓRTICA: ÁREA VALVULAR AÓRTICA CORREGIDA POR ALTURA

Fátima González Testón, Sergio Gamaza Chulián, Enrique Díaz Retamino y Manuel Jesús Oneto Otero

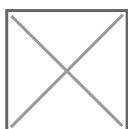
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera (Cádiz).

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de la indexación del área valvular aórtica (AVA) por superficie corporal para el diagnóstico de la estenosis aórtica ha sido previamente criticada ya que se corrige en parte por el tejido graso adquirido. Nuestro objetivo fue analizar el valor pronóstico del AVA indexada por altura.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes mayores de 18 años diagnosticados en nuestro centro de estenosis aórtica (EA) al menos moderada ($AVA \geq 1,5 \text{ cm}^2$) entre enero de 2013 y diciembre de 2017. Se excluyeron pacientes con otra valvulopatía significativa concomitante, estenosis supra o subvalvular aórtica significativa (velocidad $> 1,5 \text{ m/s}$), historia previa de cirugía valvular aórtica o cardiopatía congénita (salvo válvula aórtica bicúspide). El AVA se indexó por superficie corporal (AVA/BSA) y por altura. El objetivo primario fue la mortalidad cardiovascular en pacientes bajo tratamiento médico.

Resultados: Se incluyeron 225 pacientes (52% mujeres, edad media $74,5 \pm 12,2$ años). Durante un seguimiento medio de 234 ± 183 días, hubo 33 pacientes (15%) con mortalidad cardíaca y 97 (43%) que alcanzaron el evento combinado. El área bajo la curva (AUC) para la mortalidad cardiovascular fue mayor en $AVA/altura$ (AUC 0,74, $p = 0,001$) que AVA/BSA (AUC 0,71, $p = 0,001$). Un punto de corte de 0,52 para $AVA/altura$ obtuvo una sensibilidad del 92%, especificidad del 56%, valor predictivo positivo del 26% y negativo del 98%. El tiempo de supervivencia medio fue inferior con $AVA/altura$ 0,52 (497 ± 29 vs 1183 ± 39 , $p = 0,001$). Solo 2 pacientes (2%) fallecieron con un $AVA/altura < 0,52$.



Supervivencia en función del AVA/altura.

Conclusiones: Nuestros datos demuestran que el $AVA/altura$ mejora la estratificación pronóstica frente a la estandarizada AVA/BSA . Pacientes con $AVA/altura$ 0,52 identifican un subgrupo de EA con mayor riesgo cardiovascular.