Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 741

Revista Española de Cardiología

6008-342. RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN LA ESTENOSIS AÓRTICA ASINTOMÁTICA. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

Addison Julián Palomino Doza, Maximiliano Germán Amado Escañuela, Frank Sliwinski, Ana Revilla Orodea, Javier López Díaz, Teresa Sevilla Ruiz y José Alberto San Román Calvar del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid.

Resumen

Introducción: Los marcadores ecocardiográficos clásicos de severidad en la estenosis aortica degenerativa EAod muestran una correlación pobre con el desarrollo de síntomas. La fibrosis miocárdica ha sido estudiada como marcador pronóstico en la EAod. La resonancia magnética cardiaca (RMC) es actualmente el gold standard para la cuantificación de la función ventricular y la fibrosis miocárdica. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre las mediciones funcionales y de fibrosis en RMC con marcadores ecocardiográficos de severidad, mortalidad y desarrollo de síntomas en una cohorte prospectiva de pacientes con EAod asintomática.

Métodos: Pacientes con diagnóstico de EAod moderada y grave fueron reclutados de forma prospectiva en el laboratorio de ecocardiografía. Una RMC con secuencias de realce tardío de gadolinio, datos clínicos y ecocardiográficos fueron obtenidos. Se realizo análisis estadístico univariante.

Resultados: Se adquirieron 40 RMC en pacientes con EAod asintomática (45% grave; 55% varones, edad media: 70). Cinco pacientes fallecieron (12,5%) y 16 desarrollaron síntomas (40%) durante un seguimiento medio de 1,1 ± 0,7 años. Quince pacientes (37,5%) presentaron realce tardío con 3 patrones predominantes: subendocárdico (N = 5), transmural (N = 2) e intramiocárdico (N = 12). La fibrosis no se asocio a ninguno de los marcadores clásicos de gravedad. La presencia de fibrosis no se asocio significativamente con la mortalidad. Los pacientes con fibrosis miocárdica mostraron fracciones de eyección del ventrículo izquierdo menores (58,6 ± 9,4% vs 66,5 ± 9,4; p = 0,01), mayor grosor del septo interventricular (16,7 ± 3,3 mm vs 14,2 ± 3,0 mm; p = 0,04) y cifras más altas de proBNP (935,8 ± 803,7 pg/ml vs 341,4 ± 599,7 pg/ml; p = 0,03). Los pacientes que desarrollaron síntomas mostraban una cantidad mayor de miocardio fibrótico en términos absolutos (2,4 ± 4,1 g vs 0,67 ± 1,5 g; p = 0,05) y porcentuales (2,4 ± 4,1% vs 0,53 ± 1,15%; p = 0,05).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra la correlación estrecha existente entre fibrosis miocárdica, disfunción ventricular y desarrollo de síntomas. La ausencia de asociación entre fibrosis y mortalidad en nuestra cohorte se podría explicar por el tamaño de muestra o el hecho de que el realce tardío posee una resolución espacial que podría no detectar cambios fibróticos más sutiles.