



6025-348. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE MECANISMOS CAUSALES DE BAJO GRADIENTE EN LA ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

Ariana González García, Laura Pérez Gómez, Elena Jiménez Baena, Beatriz Jáuregui Garrido, María José Rodríguez Puras, Antonio Ortiz Carrellán, María Luisa Peña Peña y José Eduardo López Haldón del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El seguimiento clínico y la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con estenosis valvular aórtica (EAO) supone un verdadero reto. Un estudio ecocardiográfico detallado es decisivo para el adecuado manejo de esta valvulopatía. El objetivo de este estudio fue analizar los posibles mecanismos causales de bajo gradiente en la EAO.

Métodos: Inscripción prospectiva de pacientes con EAO moderada y grave mediante estudio ecocardiográfico. Se definió EAO de bajo gradiente (EAO-BG) grave o moderada [clasificada por ecuación de continuidad (EC)] aquella que presentaba un gradiente medio menor de 40 o 20 mmHg, respectivamente. Se analizaron los siguientes parámetros: fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo (VI), función longitudinal del VI por MAPSE, masa del VI, patrón de llenado mitral, insuficiencia mitral (IM), presencia de fibrilación auricular (FA) y las cifras de presión arterial (PA) en el momento de la ecocardiografía. Posteriormente, se estudió su relación con la EAO-BG.

Resultados: Se incluyó a un total de 93 pacientes (edad: 73 ± 10 años; sexo: 46 [50%] mujeres): EAO grave ($n = 65$) y EAO moderada ($n = 28$). Un 42% ($n = 39$) de los pacientes mostraron hallazgos hemodinámicos compatibles con EAO-BG (6 [6%] en el grupo de EAO moderada; 33 [36%] en el grupo de EAO grave). Una FE 50% se observó en 10 pacientes con EAO-BG (26%), frente a 14 (26%) en el grupo con EAO con gradientes concordantes con el área valvular calculado por EC (EAO-GC). Comparado con el grupo de EAO-GC y FE $\geq 50\%$ ($n = 40$), los pacientes con EAO-BG y FE $\geq 50\%$ ($n = 29$) presentaron similar MAPSE: $8,1 \pm 3,2$ mm (frente a $8,9 \pm 3,0$ mm, $p = 0,3$), hipertrofia concéntrica: 24 (83%) (frente a 31 [78%], $p = 0,6$), disfunción diastólica significativa: 3 (10%) (frente a 14 [48%], $p = 0,05$ en pacientes en ritmo sinusal), IM significativa: 3 (10%) (frente a 1 [3%], $p = 0,3$), presencia de FA: 12 (41%) (frente a 9 [23%], $p = 0,09$) y PA sistólica: 136 ± 20 mmHg (frente a 133 ± 27 mmHg, $p = 0,7$). La presencia combinada de FA y MAPSE 10 mm fue mayor en el grupo de EAO-BG y FE $\geq 50\%$ 12 (41%) (frente a 7 [18%], $p = 0,03$, respectivamente) (tabla).

	EAO-BG FE $\geq 50\%$	EAO-GC FE $\geq 50\%$	p
Hipertrofia concéntrica	24 (83%)	31 (78%)	0,6

Disfunción diastólica	3 (19%)	14 (48%)	0,05
Insuficiencia mitral	3 (10%)	1 (3%)	0,3
Fibrilación auricular (FA)	12 (41%)	9 (23%)	0,09
FA + MAPSE	12 (41%)	7 (18%)	0,03

Comparación grupo EAo-BG FE ? 50 frente a EAo-GC FE ? 50%.

Conclusiones: Aunque la prevalencia de los posibles mecanismos de EAo-BG es dispersa, la presencia de FA junto con la alteración de la función longitudinal del VI pueden explicar en parte la hemodinámica de la EAo-BG en los pacientes de nuestro estudio. Son necesarios estudios más amplios en este sentido.