



## 4011-5. ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE DE BAJO FLUJO, BAJO GRADIENTE PARADÓJICO: EVOLUCIÓN CLÍNICA TRAS TAVI EN COMPARACIÓN CON ESTENOSIS AÓRTICA 'CLÁSICA' DE ALTO FLUJO

Tania Rodríguez Gabella<sup>1</sup>, Vincent Auffret<sup>2</sup>, Luis Asmarats<sup>1</sup>, Ander Regueiro<sup>3</sup>, Mélanie Côté<sup>1</sup>, Eric Dumont<sup>1</sup>, Phillippe Pibarot<sup>1</sup> y Josep Rodés-Cabau<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Quebec Heart and Lung Institute, Quebec (Canadá), <sup>2</sup>Pontchaillou University Hospital, Rennes (Francia), y <sup>3</sup>Hospital Clínic, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La estenosis aórtica grave de bajo flujo, bajo gradiente paradójico (EA-BF-GP) se caracteriza por la presencia de fibrosis subendocárdica, deterioro intrínseco de la función miocárdica y secundariamente un estado de bajo flujo que justifica el bajo gradiente transaórtico. Existe gran controversia en torno a la indicación del tratamiento de sustitución valvular y la evolución tras resolver la estenosis. Evaluamos el grado de mejoría de los pacientes con EA-BF-GP tras TAVI y si dicha mejoría es comparable con la que sobreviene en pacientes con EA grave de alto flujo (EA-AF).

**Métodos:** Se incluyeron 325 pacientes con EA grave y FEVI conservada sometidos a TAVI, diferenciando: EA-AF (n = 255) y EA-BF-GP (n = 70). El estado funcional de los pacientes fue evaluado basalmente y a los 6 meses. Se definió el objetivo primario como muerte por todas las causas o NYHA III/IV a los 6 meses. La evolución de los pacientes con EA-BF-GP se comparó con la de los pacientes con EA-AF mediante un análisis de *propensity score*.

**Resultados:** Las características basales de ambos grupos fueron similares. El grupo EA-AF presentó mayor número de mujeres (63,1 frente a 45,9% p = 0,02), mientras que la fibrilación auricular fue más prevalente entre EA-BF-GP (42,6 frente a 27,2%, p = 0,03). A los 6 meses, no hubo diferencias entre grupos en la mortalidad en el análisis univariado (EA-BF-GP: 12,9%, EA-AF: 10,6%, OR: 1,25 (0,56-2,79) p = 0,59). Los pacientes con EA-BF-GP experimentaron una menor mejoría de la clase funcional NYHA (p = 0,01) y el DASI (p = 0,036). El análisis multivariado, ajustado mediante *propensity score*, objetivó una asociación independiente entre EA-BF-GP con el objetivo primario, (32,9 frente a 19,6% en pacientes con EA-AF, OR 2,67 (1,30-5,52) p = 0,008). Dentro del grupo de pacientes con EA-BF-GP aquellos en los que aconteció el objetivo primario (32%) mostraron diferencias significativas en ciertos parámetros: mayor impedancia valvuloarterial (p = 0,05), menor complianza aórtica sistémica (p = 0,05) y menor volumen sistólico indexado (p = 0,025).

Resultados tras 6 meses de seguimiento

Resultados a los 6 meses

Objetivos	EA-AF (n = 255)	EA-BF-GP (n = 61)	Univariable OR (95%CI)	p-value	PS-adjusted OR (95%CI)	p-valor
Objetivo primario	50 (19,6)	23 (32,9)	2,01 (1,12-3,61)	0,02	2,67 (1,30-5,51)	0,008
Objetivo secundario	70 (27,5)	25 (35,7)	1,47 (0,84-2,57)	0,18	1,68 (0,85-3,30)	0,14
Muerte por todas las causas	27 (10,6)	9 (12,9)	1,25 (0,56-2,79)	0,59	1,92 (0,69-5,37)	0,21
Muerte de causa cardiovascular	14 (6,3)	6 (10,3)	1,72 (0,63-4,70)	0,11	2,63 (0,76-9,10)	0,13
NYHA III/IV (n = 291)	23 (10,0)	14 (22,6)	2,61 (1,25-5,45)	0,01	2,96 (1,21-7,25)	0,017
Hospitalización de causa cardiovascular	22 (10,6)	5 (7,1)	0,82 (0,30-2,24)	0,69	0,51 (0,16-1,66)	0,26
Mejoría-DASI (n = 232)	121 (64,0)	20 (46,5)	0,49 (0,25-0,95)	0,036	0,74 (0,33-1,64)	0,45
Mejoría-PM6M (n = 180)	87 (60,8)	19 (51,4)	0,68 (0,33-1,41)	0,30	0,76 (0,31-1,83)	0,54

Objetivo primario: muerte por todas las causas o NYHA III/IV; Objetivo secundario: muerte por todas las causas, NYHA III/IV u hospitalización de causa cardiovascular; mejoría-DASI y PM6M: incremento de al menos 10% comparado con test basal. NYHA: *New York Heart Association*, PM6M: prueba de marcha de 6 minutos.

**Conclusiones:** La EA-BF-GP es un predictor independiente de muerte o ausencia de mejora funcional tras TAVI. En comparación con la EA-AF, la mejoría sintomática de los pacientes con EA-BF-GP es significativamente inferior. La peor evolución clínica puede ser debida a un estado más avanzado de la enfermedad reflejado indirectamente por ciertos parámetros ecocardiográficos.