



4019-5. ESTENOSIS AÓRTICA DE BAJO FLUJO Y BAJO GRADIENTE: EL RITMO IMPORTA

Javier Ramos Jiménez¹, Juan Manuel Monteagudo Ruiz¹, María Dolores Mesa Rubio², Alberto Bouzas Mosquera³ y José Luis Zamorano Gómez¹ del ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, y ³Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EAo) de bajo flujo-bajo gradiente (EABFBG) es una entidad descrita recientemente que ha sido relacionada a un peor pronóstico. La prevalencia real de EABFBG es desconocida debido a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas. La presencia de fibrilación auricular (FA) interfiere en la valoración de la gravedad hemodinámica de la EAo. Se desconoce si la presencia de dicha arritmia se relaciona con errores en la clasificación fenotípica de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes consecutivos remitidos para realización de un estudio ecocardiográfico. Se incluyeron aquellos pacientes que presentaban estenosis aórtica grave (AVA 1 cm²) y función ventricular izquierda conservada (FEVI ≥ 50%). La presencia de EABFBG se definió por un volumen latido (VL) indexado 35 ml, asociado a un gradiente medio (GM) transaórtico 40 mmHg. Se recogieron variables ecocardiográficas que posteriormente fueron comparadas entre pacientes con y sin EABFBG. Se consideró estadísticamente significativo un valor p 0,05.

Resultados: Se incluyeron 491 pacientes en el estudio, 121 (24,6%) de los cuales presentó EABFBG según los criterios de clasificación anteriormente expuestos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad o el sexo entre ambos grupos de pacientes. Tampoco se observó diferencia en la FEVI a la hora de comparar ambos grupos. Sí se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de FA entre ambos grupos, siendo esta del 23,1% en el grupo con EABFBG y del 11,6% en el resto de pacientes (p = 0,002). Sin embargo, el volumen de aurícula izquierda (VAI) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) no mostraron diferencias significativas.

	EAo no BFBG (n=370)	EABFBG (n=121)	Diferencia de m
Edad (años)	75,7	77,4	-1,7 (-3,8 a 0,5)
AVA (cm ²)	0,74	0,71	0,03 (0,-0,01 a 0)
GM (mmHg)	30,9	24,0	6,9 (5,2 a 8,6)

VAI (ml)	74,7	72,4	2,3 (-4,8 a 9,3)
FEVI (%)	65,8	64,8	1 (-0,7 a 2,7)
Masa VI indexada (g/m ²)	129,5	109,7	19,8 (12,3 a 17,
VTDVI (ml)	86,2	75,9	10,3 (3,9 a 16,7
PSP (mmHg)	37,9	36,3	1,6 (-2,3 a 5,6)
	E Ao no BFBG (n=370)	EABFBG (n=121)	
Sexo femenino (%)	53,2	50,4	

VTDVI: volumen telediastólico de ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La prevalencia de EABFBG es similar a las mayores que se han publicado hasta el momento. La presencia de FA en estos pacientes es significativamente mayor que en el resto de patrones de EAo. Cabría esperar aumento de parámetros que reflejan mayor trastorno hemodinámico tales como crecimiento de aurícula izquierda (VAI), o aumento de la PSAP, hallazgos que no pudieron ser confirmados en el presente estudio. Cabe pensar, por tanto, que la prevalencia de EABFBG es menor a la reflejada, y que un porcentaje relevante de estos pacientes son clasificados erróneamente debido a la presencia de FA.