



7000-10. VALOR PRONÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA DE EJERCICIO EN CINTA RODANTE EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA NO GRAVE

Fernando Rebollal Leal¹, Jesús C. Peteiro Vázquez¹, Alberto Bouzas Mosquera¹, Sandra Rey Fariña¹, Marta Sagastagoitia Fornie¹, Francisco Javier Broullón Molanes², Víctor X. Mosquera Rodríguez³ y José Manuel Vázquez Rodríguez¹ del ¹Servicio de Cardiología, ²Departamento de Información Tecnológica y ³Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Pacientes con estenosis aórtica no grave (EAo no grave) sintomática son remitidos frecuentemente para prueba de esfuerzo. Estos pacientes podrían tener mal pronóstico debido a la progresión de su enfermedad o a enfermedad coronaria. El objetivo fue evaluar el valor de la ecocardiografía de ejercicio (EE) para predecir el pronóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo de datos prospectivos en 330 pacientes consecutivos con EAo no grave (190 EAo ligera, 140 EAo moderada) sometidos a un primer EE en cinta rodante. Se definió isquemia como un ? en el índice de motilidad segmentaria (IMS) desde reposo a ejercicio y EE anormal al $IMS > 1,0$ en ejercicio. La reserva contráctil se definió como un ?FEVI ? 1 desde reposo a pico de ejercicio. Se consideró como eventos la mortalidad por cualquier causa y los eventos cardíacos mayores (ECM) definidos como muerte de causa cardíaca, IAM no mortal o recambio valvular aórtico (RVA), antes de revascularización coronaria.

Resultados: La edad media fue de 71 ± 9 años y 206 eran varones (62%). Durante un seguimiento de $6,0 \pm 4,3$ años hubo 121 muertes, 61 de causa cardíaca y 124 ECM incluyendo 62 RVA como primer evento. Las tasas de mortalidad anualizadas fueron similares en paciente con EAo ligera y moderada (5,9 frente a 6,4%; $p = NS$), mientras que las tasas de ECM fueron menores en el primer grupo (6,5 frente a 17%; $p = 0,001$). Tras ajuste multivariante que incluyó características clínicas, FEVI en reposo, gravedad de la EAo y prueba de esfuerzo ECG, la mayoría de variables derivadas del EE fueron predictores de mortalidad por cualquier causa: ?IMS (*hazard ratio* [HR] = 1,91; 95% intervalo de confianza [IC] = 1,09-3,34; $p = 0,02$), isquemia (HR = 1,52; IC95% = 1,04-2,21; $p = 0,03$), ?FEVI (HR = 0,97; IC95% = 0,95-0,99; $p = 0,002$), IMS pico (HR = 1,99; IC95% = 1,28-3,11; $p = 0,002$), FEVI pico (HR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99; $p = 0,001$); y de ECM: ?IMS (HR = 2,09; IC95% = 1,16-3,75; $p = 0,01$), ?FEVI (HR = 0,97; IC95% = 0,95-0,99; $p = 0,001$), IMS pico (HR = 1,57; IC95% = 1,02-2,42; $p = 0,04$), FEVI pico (HR = 0,98; IC95% = 0,97-0,99; $p = 0,004$), y EE alterado (HR = 1,48; IC95% = 1,01-2,15; $p = 0,04$). Los pacientes sin reserva contráctil tuvieron tasas anualizadas más elevadas de mortalidad y de ECM que aquellos con reserva contráctil (8,1 y 16,5 frente a 5 y 7,8%; $p = 0,002$ y $p = 0,001$; respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes con EAo no grave sintomática tienen mayor mortalidad y riesgo de ECM. El EE aporta información pronóstica significativa e incremental en estos pacientes.