



6050-6. UN NUEVO MÉTODO DE INDEXACIÓN EN ESTENOSIS AÓRTICA: ÁREA VALVULAR INDEXADA POR ALTURA

Fátima González Testón, Emanuele Coppo, Leticia Mateos de la Haba, Bárbara Serrano Muñoz, Francisco Manuel Zafra Cobo, Enrique Díaz Retamino, Eva González Caballero y Sergio Gamaza Chulián

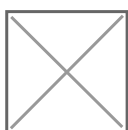
Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: La indexación del área valvular aórtica por área de superficie corporal (AVA/ASC) representa un método generalizado para eliminar las diferencias en el tamaño corporal en la evaluación de la gravedad de la estenosis aórtica (EA). Sin embargo, esta fórmula ha sido criticada en individuos obesos ya que se corrige no solo por el aumento del tamaño corporal sino también por el exceso de tejido graso. Nuestro objetivo fue analizar el valor del AVA indexado por altura (AVA/altura) para determinar el pronóstico cardiovascular en pacientes con EA e identificar el mejor punto de corte para predecir alto riesgo de eventos.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes mayores de 18 años entre enero de 2015 y junio de 2018 con EA (velocidad aórtica máxima > 2 m/s). Se excluyeron pacientes con otra valvulopatía significativa concomitante, estenosis aórtica subvalvular o supravalvular (velocidad $> 1,5$ m/s), diámetro de la aorta torácica ascendente ≥ 25 mm, cardiopatía congénita (excepto válvula aórtica bicúspide) y cirugía valvular aórtica previa. El AVA se indexó por superficie corporal y por altura. Se analizó un objetivo primario combinado de muerte cardiovascular y reemplazo valvular aórtico.

Resultados: Entre los 415 pacientes incluidos (52% mujeres, edad media $74,8 \pm 11,6$ años), se alcanzó el objetivo primario en 116 (28%) durante un seguimiento medio de 360 días. El área bajo la curva (AUC) para la mortalidad cardiovascular fue similar para ambas variables (AUC de AVA/altura 0,75, p 0,001, AUC de AVA/ASC 0,75, p 0,001). Un punto de corte de $0,60 \text{ cm}^2/\text{m}$ para AVA/altura presentó una sensibilidad del 84%, especificidad del 61%, valor predictivo positivo del 60% y negativo del 84%. El objetivo primario se produjo más frecuentemente en pacientes con AVA/altura $\geq 0,60 \text{ cm}^2/\text{m}$ (60 vs 16%, p 0,001) y hubo más muertes por causa cardiovascular (18 vs 3%, p 0,001). Además, la supervivencia libre de eventos a 1 año fue significativamente menor con AVA/altura $\geq 0,60 \text{ cm}^2/\text{m}$ (48 ± 5 vs $91 \pm 4\%$, $\log \text{rank } p$ 0,001).



Curva de Kaplan-Meier para el objetivo primario combinado según AVA/altura.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la EA grave podría ser definida, además de con un AVA 1 cm^2 , con un AVA/altura $\geq 0,60 \text{ cm}^2/\text{m}$, ya que este valor identifica de forma precisa aquellos pacientes con un riesgo incrementado de eventos cardiovasculares.