



Cardiocre



323/129 - MASA VENTRICULAR INAPROPIADA EN UNA COHORTE DE ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

B. Serrano Muñoz, S. Gamaza Chulián, A. Giráldez Valpuesta, E. Díaz Retamino, D. Ruiz Fernández, D. Cañadas Pruaño, S. González Estriégana y E. Otero Chulián

Hospital SAS. Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción y objetivos: En pacientes con estenosis aórtica (EA) la hipertrofia ventricular puede exceder las necesidades individuales para compensar un aumento de la poscarga. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia y características de pacientes con hipertrofia ventricular inapropiada (HVI) en una muestra de EA grave.

Material y métodos: Aquellos pacientes diagnosticados de EA grave (área $1,0 \text{ cm}^2$) en nuestro laboratorio ecocardiográfico entre enero-2016 y enero-2018 fueron incluidos de forma prospectiva. Se definió HVI como la masa ventricular que excede un 10% a la prevista en función del sexo, altura y trabajo sistólico.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (edad media 76 ± 9 años, 55% mujeres), de los que un 83% presentaban HVI. Los pacientes con HVI presentaron menor área valvular indexada ($0,39 \pm 0,08$ vs $0,48 \pm 0,06$; $p = 0,001$), ratio de ITV ($0,22 \pm 0,04$ vs $0,27 \pm 0,04$; $p = 0,001$), volumen sistólico indexado (39 ± 9 vs $51 \pm 13 \text{ ml/m}^2$; $p = 0,001$), mayor tiempo de aceleración (113 ± 18 vs 88 ± 22 ; $p = 0,001$), ratio tiempo de aceleración/tiempo de eyección ($0,37 \pm 0,05$ vs $0,28 \pm 0,07$; $p = 0,001$) e impedancia válvulo-arterial ($4,8 \pm 1,1$ vs $4,2 \pm 1,0$; $p = 0,04$), aunque no en gradiente medio (48 ± 11 vs $18 \pm 12 \text{ mmHg}$; $p = 0,96$) ni velocidad máxima ($4,4 \pm 0,5$ vs $4,4 \pm 0,5$; $p = 0,99$). Hubo menor aclaramiento de creatinina (49 ± 26 vs 79 ± 35 ; $p = 0,04$) y el ratio neutrófilo/linfocito fue mayor en pacientes con HVI ($4,33 \pm 0,66$ vs $1,85 \pm 0,66$; $p = 0,001$). No hubo diferencias en cuanto a hipertensión arterial (82% vs 65%; $p = 0,12$).

Conclusiones: La HVI es una característica prevalente en pacientes con EA grave, presentándose con mayor frecuencia en pacientes con parámetros de mayor gravedad y relacionándose con menor volumen sistólico, lo que podría relacionarse con las EA de bajo flujo paradójicas.