



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



SAC 2010 – XLV Congreso Andaluz de Cardiología

Córdoba, 20-22 de mayo de 2010

COMUNICACIONES ORALES QUE OPTAN AL PREMIO PEDROTE

C025. IMPACTO DEL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

J. Caballero-Borrego¹, J.H. Alonso-Briales¹, A. Muñoz-García¹, A. Domínguez-Franco¹, J.M. Melero-Tejedor², M.F. Jiménez-Navarro¹, M. Such-Martínez², J.J. Gómez-Doblas¹, J.M. Hernández-García¹, E. Olalla-Mercadé² y E. de Teresa Galván¹

¹Servicio de Cardiología. ²Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El tratamiento percutáneo de la estenosis aórtica severa (EAO) puede ampliar el abanico de pacientes tratados por esta patología y cambiar el perfil clínico de los tratados con cirugía de sustitución valvular aórtica (SVAo). El objetivo del estudio es analizar la influencia que supone el implante percutáneo de la prótesis CoreValve en las características clínicas y resultados, subrayando los resultados quirúrgicos antes y después del inicio de esta técnica.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a SVAo con bioprótesis previo al uso en nuestro hospital del implante percutáneo (grupo A: 355 pacientes, 1996-2008) frente a los tratados posteriormente, tanto con SVAo como percutáneamente (grupo B: 132 pacientes, 2008-2009; 78 SVAo con bioprótesis [grupo B1] y 54 CoreValve).

Resultados. El número de pacientes tratados por año pasó de 50 pacientes/año en los 3 años previos a 105. El perfil de riesgo de los pacientes empeoró en el grupo B: más mujeres, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y un EuroSCORE logístico mayor (15,8 vs. 9,89; $p < 0,01$). Sin embargo, hubo una disminución de la mortalidad en el grupo B (12,2% vs. 3,1%; $p < 0,01$). Los pacientes del grupo B1 vs. A tenían mejor grado funcional de la NYHA, menor grado de insuficiencia mitral, y una tendencia a menor mortalidad. En el análisis multivariante sólo el bajo gasto perioratorio fue predictor de mortalidad para el grupo quirúrgico global (A + B1) OR 4,04 (1,86-8,76). Conclusiones. El implante percutáneo de la prótesis aórtica CoreValve permite ampliar el número de pacientes tratados con EAO, a expensas de pacientes de alto riesgo quirúrgico, mejorando el perfil de aquellos sometidos a SVAo, disminuyendo la mortalidad global.

C026. REMODELADO VENTRICULAR TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

M. Fernández Quero, J. López Haldón, N. Romero Rodríguez, A. Guisado Rasco, L. Díaz de la Llera, M. Villa Gil-Ortega, S. Ballesteros Pradas, A. Martínez Martínez y A. Sánchez González

Área del Corazón. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Existen pocos estudios que nos indiquen la frecuencia con que se produce remodelado ventricular izquierdo (RVI) tras el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) con angioplastia primaria (AP). Tampoco está aclarado qué variables exponen al paciente infartado sometido a AP a un mayor riesgo de remodelado. Es necesario disponer de trabajos donde se aclare esta cuestión, dado que el desarrollo de remodelado tras un infarto multiplica casi por 3 la mortalidad global a los 5 años (14% vs. 5%), y si el aumento de volumen ventricular se acompaña de insuficiencia cardíaca la mortalidad aumenta hasta 10 veces.

Objetivos: Conocer la prevalencia con la que se produce RVI en los pacientes con infarto sometidos a AP e identificar predictores clínicos, bioquímicos, ecocardiográficos y angiográficos de RVI.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado entre enero de 2007 y abril de 2008, incluyendo los pacientes con SCACEST tratados con AP. Se consideró RVI la presencia en el ecocardiograma realizado a los 6 meses de un incremento $\geq$ del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo de un 20% respecto al ecocardiograma inicial.

Resultados: La población final que formó parte del estudio fue de 159 pacientes. La prevalencia del remodelado fue del 19,5%. En un análisis de regresión logística multivariante resultaron predictores independientes de RVI: el no ser fumador (OR del tabaquismo: 0,243 [IC 95%: 0,073-0,809]), la troponina T máxima (OR: 1,239 [IC 95%: 1,100-1,396]), un cociente E/E' elevado (OR: 1,148 [IC 95%: 1,042-1,266]) y la localización de la lesión culpable en la arteria descendente anterior (OR: 6,431 [IC 95%: 1,976-20,924]).

Conclusiones: Del total de pacientes que sufren un SCACEST, el 19,5% va a sufrir un RVI, a pesar de la mejor estrategia de reperusión de la que actualmente disponemos. Como predictores independientes del desarrollo de RVI encontramos la troponina T máxima durante el ingreso, así como del cociente E/E' y la localización de la lesión culpable en la arteria descendente anterior, teniendo el tabaco un efecto protector.

C027. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA CON LA PRÓTESIS DE COREVALVE: IMPACTO CLÍNICO Y SUPERVIVENCIA A CORTO Y MEDIO PLAZO

J.H. Alonso-Briales, A.J. Muñoz-García, J.M. Hernández-García, M.F. Jiménez-Navarro, A.J. Domínguez-Franco, J. Caballero-Borrego, I. Rodríguez-Bailón, E. Olalla Mercadé y E. de Teresa Galván

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

El tratamiento percutáneo de la estenosis aórtica se está consolidando como una terapia alternativa en el tratamiento de la estenosis aórtica sintomática en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Analizamos los resultados inmediatos y la supervivencia a medio plazo tras el implante percutáneo de la prótesis aórtica CoreValve.

Métodos: Entre abril-2008 y febrero-2010 hemos tratado a 85 pacientes (P) con estenosis aórtica severa sintomática con la prótesis aórtica CoreValve por alto riesgo quirúrgico. Los procedimientos se realizaron con anestesia local y sedación superficial. En 79 P la vía de acceso vascular fue la arteria femoral y en 6 P la arteria subclavia izquierda.

Resultados: La edad media fue $79,5 \pm 6,9$ años y el EuroSCORE logístico $21,2 \pm 16\%$. El éxito del implante fue del 97,5%. Tras el implante de la prótesis el gradiente aórtico desapareció y el área valvular se incrementó de $0,63 \pm 0,2$ a $1,6 \pm 0,47$ cm². Fue preciso implantar prótesis sobre prótesis en tres P por inadecuada posición que condicionaba insuficiencia aórtica severa. Finalmente ningún P presentó insuficiencia aórtica severa. 29 P precisaron de marcapasos definitivo. La mortalidad hospitalaria fue del 3,5% y el combinado de muerte, complicaciones vasculares, IAM o accidente cerebrovascular (ACV) fue del 7%. La supervivencia al año fue del 82% tras un seguimiento medio de $7,9 \pm 6$ meses (1-21 meses). Tardíamente 8 P (9,6%) fallecieron, 7 en relación con sus comorbilidades (2 cáncer, 2 insuficiencia respiratoria, 1 tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal y ACV) y un P por muerte súbita a los 3 meses. El grado funcional de la NYHA mejoró de $3,3 \pm 0,5$ a $1,2 \pm 0,4$ y se mantuvo estable a los 3, 6 y 12 meses ($1,3 \pm 0,5$; $1,29 \pm 0,5$; $1,3 \pm 0,6$ respectivamente). Los niveles de Nt-proBNP se redujeron a la mitad (4.880 a 2.401 pg/ml). La calidad de vida de los P para las actividades de la vida diaria evaluada a través del test de Barthel aumentó de $70,5 \pm 22,7$ a $90,5 \pm 12,7$.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo de la estenosis aórtica de alto riesgo quirúrgico con la prótesis CoreValve es una opción segura y eficaz que permite una mejoría clínica mantenida a medio plazo. La supervivencia en el seguimiento está condicionada por las comorbilidades asociadas

C028. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO MEDIANTE DILATACIÓN CON BALÓN EN PACIENTES CON ESTENOSIS SUBAÓRTICA DE MEMBRANA: UN ESTUDIO DE 24 AÑOS

D. García, J. Suárez de Lezo, J. Segura, M. Pan, M. Romero, S. Ojeda, J. Suárez de Lezo Jr., F. Mazuelos y D.J. Pavlovic

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: La dilatación con balón es una alternativa a la resección quirúrgica en pacientes afectados de estenosis subaórtica de membrana (ESM). Sin embargo, se desconocen sus resultados a largo plazo.

Métodos: Este estudio de 24 años describe los hallazgos de 75 pacientes (pts) con ESM fina aislada sometidos a dilatación per-

cutánea con balón y seguidos durante un período medio de 16 ± 6 años (rango 1,5-25 años).

Resultados: La edad media en el momento del tratamiento fue de 18 ± 16 años. Inmediatamente después del tratamiento, el gradiente subvalvular disminuyó desde 70 ± 27 mmHg a 18 ± 12 mmHg ($p < 0,001$). Un paciente falleció tras cirugía de urgencia a causa de la perforación de la pared ventricular durante las maniobras de dilatación (1,3%) y otro precisó reparación quirúrgica a nivel del punto de acceso. No ocurrieron otras complicaciones mayores. Tras un seguimiento medio de 16 ± 6 años, 5 pts (6,5%) se perdieron en el seguimiento, uno falleció por causa no cardíaca (1,3%), 14 pts (18%) desarrollaron reestenosis (pérdida del 50% de la ganancia inicial), 2 (2,6%) progresaron a enfermedad muscular obstructiva y uno (1,3%) desarrolló una nueva membrana obstructiva. La edad de tratamiento fue significativamente menor en pacientes que desarrollaron reestenosis que en aquellos que permanecieron libres de ella (11 ± 13 años vs. 22 ± 17 años; $p < 0,05$). Doce pacientes se sometieron a nueva dilatación tras un seguimiento medio de 5 ± 3 años. En estos, el gradiente pico se redujo también de forma significativa desde 58 ± 11 mmHg a 24 ± 8 mmHg ($p < 0,01$). Cuatro pacientes (5%) precisaron cirugía tras una media de 3 ± 2 años de seguimiento desde el primer tratamiento. La mayoría de pacientes (75%) permanecieron libres de la necesidad de redilatación o cirugía. El gradiente medio residual al seguimiento (10 ± 7 años), ya sea hemodinámico o doppler, fue de 31 ± 15 mmHg.

Conclusión: La mayoría de pacientes con ESM fina tratados mediante dilatación con balón, mantienen los buenos resultados a largo plazo, sin reestenosis, ni necesidad de cirugía, progresión a enfermedad muscular obstructiva o insuficiencia aórtica.

C029. VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO BIDIMENSIONAL, ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL Y TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE 64 CORONAS

D. García, D. Mesa, M. Delgado, M. Ruiz, E. Romo, S. Espejo, R. Ysamat, M. Crespín, M. Lafuente, M. Pan y J. Suárez de Lezo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: La medición de las dimensiones del defecto y la elección del tamaño del dispositivo de cierre puede resultar difícil en algunos pacientes considerados para tratamiento percutáneo de comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA OS). Nuestro objetivo es comparar el ecocardiograma transesofágico bidimensional (ETE), el ecocardiograma transesofágico tridimensional en tiempo real (ETE-3D) y la tomografía computarizada de 64 cortes (TC), en la medición del tamaño del defecto interauricular previo al cierre percutáneo de CIA OS.

Métodos: Desde junio de 1993 a enero de 2010, 312 pacientes con CIA OS fueron tratados percutáneamente en nuestro centro. Desde enero de 2009, ETE y ETE-3D (iE33 Philips) intraprocedimiento, así como TC (General Electric Light Speed VCT) preprocedimiento, fueron realizados a 21 pacientes consecutivos sometidos a cierre percutáneo de una CIA OS. Se determinaron los diámetros máximo y mínimo.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (66% mujeres). La edad media fue de $40,8 \pm 21,4$ años. El cierre se llevo a cabo con éxito en todos ellos. Existió una excelente correlación entre las medidas obtenidas por ETE, ETE-3D y TC (Diámetro máximo: ETE vs.

ETE 3D: $14,7 \pm 9,2$ vs. $15,3 \pm 9,3$, $r = 0,99$, $p < 0,001$; ETE vs. TC: $15,3 \pm 9,5$ vs. $17,1 \pm 10,6$, $r = 0,9$, $p < 0,001$; TC vs. ETE-3D: $17,1 \pm 10,6$ vs. $15,8 \pm 9,6$, $r = 0,92$, $p < 0,001$. Diámetro mínimo: ETE vs. ETE 3D: $8,3 \pm 4,6$ vs. $8,7 \pm 4,7$, $r = 0,99$, $p < 0,001$; ETE vs. TC: $8,8 \pm 4,6$ vs. $12,3 \pm 6,2$, $r = 0,87$, $p < 0,001$; TC vs. ETE-3D: $12,3 \pm 6,4$ vs. $9,1 \pm 5,0$, $r = 0,9$, $p < 0,001$). La mejor correlación se observó entre el ETE y el ETE-3D. Las medidas de los diámetros máximo y mínimo obtenidas por ETE, fueron significativamente menores de forma constante al compararlas con las obtenidas mediante ETE-3D y TC. No se encontraron diferencias significativas entre las medidas obtenidas por ETE-3D y TC.

Conclusión: Pese a que las medidas obtenidas mediante ETE son significativamente menores que las obtenidas por ETE-3D y TC, nos encontramos ante pruebas complementarias con una excelente correlación. Estos hallazgos pueden resultar relevantes a la hora de seleccionar el tamaño del dispositivo de cierre.

C030. ¿SON ÚTILES LOS TEST NO INVASIVOS PARA LA DETECCIÓN DE ESTENOSIS CORONARIA SIGNIFICATIVA EN CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR?

M.F. Gonzáles Vargas-Machuca, F. Gómez Pulido, M.V. Junco Domínguez, J.D. Arjona Barrionuevo, J. Torres Llergo, A. Ortiz Carrellán, J.A. Urbano Moral, F. López Pardo, G. Barón Esquivias, A. Sánchez González y A. Martínez-Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) es la principal causa de muerte en pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT), por tanto su detección precoz es fundamental en la valoración cardiológica de los candidatos a trasplante renal (TR). Los test de inducción de isquemia usados en el despistaje de CI en candidatos a TR de alto riesgo cardiovascular pueden no ser suficientemente eficaces y dar un falso sentido de seguridad. Valoramos prospectivamente la validez de los tests no invasivos (Ergometría, SPECT, Eco-estrés) para detectar estenosis coronaria significativa (ECS) en candidatos a TR.

Método: Estudiamos 137 pacientes (P) con ERCt, candidatos a TR entre enero 07- julio 09. 31P se excluyeron por antecedentes o clínica de cardiopatía isquémica y 4P por rechazar la coronariografía. A los 102P restantes se les realizó dos test cardiacos no invasivos y una coronariografía para detectar estenosis coronaria crítica ($> 75\%$ del diámetro luminal).

Resultados: Edad ($54,84 \pm 10a$). H 64,7%. Las principales causas de ERC terminal fueron: GMN 21,6%, Nefropatía diabética 15,7% y Nefropatía tubulo-intersticial 13,7%. El 90% (92P) estaban en TRS con hemodiálisis. Tiempo medio en TRS: 7,9 (2,5-47) meses. Factores de riesgo cardiovascular: HTA 100P (98%), Dislipemia 65P (64%), Tabaquismo 65P (64%), Diabetes 34P (33%) y Arteriopatía periférica 14P (14%). Un 89% (91P) estaban asintomáticos. La prevalencia de ECS fue del 32,4% (33P): Monovasos 16P (49%), dos vasos 5P (15%) y multivasos 12P (36%). La Ergometría mas el SPECT fue la mejor combinación de pruebas para un despistaje inicial (S 83%, E 22%, VPP 26%, VPN 80%), siendo la Eco estrés dobutamina el más específico, pero con proporción mayor de falsos negativos. El análisis univariante mostró que la diabetes ($p = 0,003$) y las calcificaciones coronarias ($p < 0,001$) se correlacionaban positivamente con la estenosis coronaria crítica.

Conclusiones: En la población con ERC avanzada los test cardiacos no invasivos tienen una eficacia limitada para detectar enfermedad coronaria. A pesar de la ausencia de eventos cardiacos previos, los pacientes con ERC en TRS tienen un eleva-

do riesgo de presentar estenosis coronarias significativas silentes.

C031. TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA CORONARIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE CARDIACO

N. Romero-Rodríguez, S. Ballesteros Prada, M.P. Serrano Gotarredona, E. Lage-Gallé, A. Guisado-Rasco, J. Nevado-Portero, R. Solanilla Rodríguez, M. González Vargas Machuca, M. Sobrino Márquez, A. Sánchez González y A. Martínez Martínez

Área del Corazón. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La enfermedad vascular del injerto (EVI) constituye la primera causa de muerte en los pacientes transplantados de corazón una vez superado el primer año desde el implante. Objetivo. Valoración del papel del TAC coronario en el diagnóstico de la EVI utilizando como referencia la ecografía intracoronaria (IVU).

Método: Análisis prospectivo comparativo de los 13 estudios de TAC realizados hasta ahora en nuestro centro dentro de los 15 días siguientes a la realización de un cateterismo con IVU convencional protocolizado. En el análisis se analizaron los segmentos proximales de las tres coronarias, determinando en cada arteria las tres zonas de mayor engrosamiento intimal.

Resultados: Fueron incluidos un total de 13 pacientes, 10 de ellos varones, con edad media de 42,4 (SD 6,9 años) y con una media de 3,2 años de tiempo transcurrido desde el trasplante (SD 1,2). En 8 casos se diagnosticó la presencia de EVI significativa mediante IVU. Con las mediciones realizadas mediante angioTAC, y siempre tomando como gold standar el resultado de la coronariografía-IVU, se determinó una correcta valoración del paciente en 12 de los 13 casos, con una sobreestimación de la afectación en el caso de la única prueba donde no hubo concordancia. No se detectaron lesiones de perfil ateroesclerótico en ninguno de los pacientes y el calcio score fue siempre igual a 0. No se registraron efectos adversos relacionados con las exploraciones. La exploración mediante TAC aportó por otro lado información valiosa de estos pacientes mediante el análisis de las partes blandas torácicas que incluye el despistaje de neoplasias, uno de los mayores riesgos en el seguimiento a medio y largo plazo de estos pacientes.

Conclusiones: El TAC coronario constituye una técnica segura y fiable para el diagnóstico no invasivo de la enfermedad vascular del injerto.

C032. RESULTADOS CLÍNICOS AL MES Y AL AÑO DE SEGUIMIENTO TRAS EL IMPLANTE DE UNA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

M. Crespín, J. Suárez de Lezo, M. Pan, M. Romero, J. Segura, S. Ojeda, D.J. Pavlovic, F. Mazuelos, J. Suárez de Lezo Jr., D. Mesa Rubio, D. García, F. Toledano y M.C. León

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La implantación percutánea de prótesis valvulares aórticas ha surgido recientemente como alternativa terapéutica en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática con alto riesgo quirúrgico.

Objetivos: Analizar los resultados a corto y medio plazo tras la implantación percutánea de una prótesis aórtica (IPPA) con el sistema CoreValve, en una serie de 58 pacientes con estenosis aórtica severa y un riesgo quirúrgico elevado.

Métodos: Entre abril 2008 y febrero 2010, 58 pacientes (pts) con estenosis aórtica severa y alto riesgo quirúrgico fueron tratados mediante la IPPA. La edad media de la serie fue de 77 ± 4 años; 32 pts eran mujeres (55%); 18 pts tenían enfermedad coronaria asociada (31%) que previamente había sido tratada de forma percutánea. La media del EuroSCORE logístico fue de $16 \pm 12\%$ y del STS-score 9 ± 9 .

Resultados: El éxito primario (gradiente residual menor de 20 mmHg, no regurgitación aórtica significativa, ausencia de complicaciones mayores) se obtuvo en 55 pts (95%). Se produjo una reducción significativa del gradiente transvalvular (77 ± 33 a 4 ± 5 mmHg); la mortalidad hospitalaria fue del 3% (2 pts). La implantación de marcapasos definitivo fue necesaria en 19 pacientes (32,7%). Al mes, la tasa del combinado muerte, ictus, infarto agudo de miocardio o necesidad de cirugía fue del 5% (3 pts). En un seguimiento medio de 11 ± 7 meses (rango 1-22), hubo una mejoría significativa en la clase funcional de la NYHA (se redujo de $2,5 \pm 6$ en situación basal a $1,2 \pm 3$, $p < 0,001$). La mortalidad en el seguimiento fue del 7% (4 pts; 3 de causa no cardíaca). Los 52 pts restantes tienen un gradiente transaórtico medio de 15 ± 7 mmHg y no tienen regurgitación aórtica significativa. La tasa de supervivencia al año de seguimiento usando el método de Kaplan-Meier fue del 90% (seguimiento medio de 11 ± 7 meses).

Conclusión: La implantación percutánea de una prótesis aórtica CoreValve es una técnica factible y segura que aporta una mejoría clínica y hemodinámica en pacientes con estenosis aórtica severa y alto riesgo quirúrgico, con una alta tasa de éxito inicial y a medio plazo.

C033. VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE Y DILATACIÓN AÓRTICA: UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE EN NUESTRO ENTORNO

I. Rodríguez Bailón, J. Robledo Carmona, M.F. Jiménez-Navarro, E. Morillo Velarde, C. Porras Martínez, A. Montiel Trujillo, J.M. García Pinilla, G. Isasti Aizpurúa, E. Rueda Pérez, L. Morcillo, J.J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita mas frecuente. Datos recientes indican que el 20% de ellas tendrán eventos relacionados con la disfunción valvular o con dilatación de aorta ascendente. Por ello en 2009 iniciamos un programa de estudio y seguimiento de la VAB.

Objetivo: Conocer la dimensión de este problema en nuestro medio.

Métodos. Incluimos los pacientes (P) remitidos para ecocardiografía que presentan VAB en los que es factible individualizar sigmoides y medir diámetros (D) aórticos. Tipificamos las BAV como A (fusión de sigmoidea derecha e izquierda), B (derecha y no coronaria) o C (izquierda y no coronaria). Se midieron los diámetros de zona sinusal (DS), unión sinotubular y aorta tubular (DT), indexados en relación a la superficie corporal. Comparamos los DS y DT de estos P con los de una serie de 103 controles sanos. Investigamos factores predictores de dilatación. Se consideraron dilatados valores de $DS > 2,1$ cms/m² y de $DT > 2$ cms/m².

Resultados: Se identificaron 64 P con VAB (53 tipo A, 9 tipo B y 2 tipo C) con edad 42 ± 17 años, 34% mujeres, antecedentes de coartación en 10 (corregida en 9), HTA en 8 y presencia de valvulopatía aórtica mayor que leve en 35 (53,8%). En los pacientes con VAB, el DS y DT fueron significativamente mayores que en los controles.

	Controles	P con VAB	P
DS cms/m ²	$1,59 \pm 0,17$	$1,88 \pm 0,38$	$< 0,001$
DT cms/m ²	$1,52 \pm 0,18$	$2,05 \pm 0,53$	$< 0,001$

El 40% de los P con BAV presentó dilatación de zona tubular, con afectación simultánea de zona sinusal en 9 casos y exclusiva de sinusal en 2 P (3%). De los posibles predictores de dilatación analizados (edad, sexo, historia de coartación, HTA y valvulopatía mayor que leve) sólo la edad predice dilatación con OR 1,045 (1,006-1,086) $P = 0,025$. Y considerando una edad > 60 años como predictor de dilatación se obtiene OR 6,334 (1,328-30,2) $P = 0,0021$.

Conclusiones: 1. Encontramos dilatación de aorta en el 43% de los P de nuestra serie, con localización preferente en zona tubular (40%). 2. Sólo la edad parece ser factor predictor de dilatación, lo que puede ser útil para plantear estrategias de seguimiento en estos P.

C034. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO MEDIANTE PRÓTESIS COREVALVE

A. Flores Marín, A. Muñoz García, J.H. Alonso Briaes, M.F. Jiménez-Navarro, A. Domínguez Franco, J. Caballero Borrego, J.M. Hernández García y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

El implante de prótesis percutánea aórtica ha surgido recientemente como una opción terapéutica para pacientes con estenosis aórtica severa sintomática con contraindicación para reemplazo valvular quirúrgico por alto riesgo perioperatorio. Describimos las características clínicas de una población de pacientes con estenosis aórtica severa sintomática tratados con reemplazo valvular aórtico percutáneo con implante de prótesis tipo Corevalve.

Métodos: Desde abril del 2008 a enero del 2010, 102 pacientes fueron derivados a nuestro centro para valorar reemplazo valvular aórtico percutáneo. De ellos 81 pacientes se sometieron al reemplazo valvular percutáneo con prótesis CoreValve. 7 pacientes murieron durante el proceso de evaluación. 5 pacientes fueron desestimados para implante de prótesis percutánea por anatomía vascular y/o medidas de válvula aórtica desfavorables. El riesgo quirúrgico basal de la población a estudio fue estimado por EuroSCORE logístico. Se incluyeron pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico (si los criterios de inclusión eran confirmados de forma independiente por cardiólogo y cirujano cardíaco) y pacientes que rechazaron la cirugía convencional.

Resultados: La edad media fue de $79 \pm 7,9$ años, 46 pacientes (57%) tenían edad ≥ 80 años, y el 64,2% eran mujeres. El EuroSCORE logístico medio fue de $21,4 \pm 16\%$. El índice de Charlson fue $3,6 \pm 1,9$ y el índice de Barthel fue 72 ± 21 . El EuroSCORE logístico fue mayor en los pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico frente a los pacientes tratados de forma percutánea por rechazar cirugía convencional ($26,2 \pm 17,2$ vs. $11,9 \pm 4,6$; $p = 0,008$). El índice de masa corporal indexado fue $28,9 \pm 5,5$, siendo 30 pacientes obesos ($IMC \geq 30$). La fracción de eyección media fue $61,8 \pm 15,6\%$. Hubo 14 pacientes (17,3%) con disfunción ventricular severa y el 96,3% de los pacientes se encontraban en clase funcional III o IV de

la NYHA. Previo al procedimiento, el gradiente transaórtico máximo fue de 79 ± 21 mmHg y el área aórtica media de $0,64 \pm 0,2$ cm². 28 pacientes (34,6%) presentaban enfermedad arterial coronaria asociada, 14 pacientes (17,3%) con tratamiento percutáneo coronario previo y 8 pacientes (9,9%) con cirugía de revascularización coronaria previa. Fue necesario realizar valvuloplastia aórtica en 7 pacientes (8,6%) antes del implan-

te de la prótesis percutánea. 31 pacientes (38,3%) presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 19 pacientes insuficiencia renal crónica.

Conclusión: La población con estenosis aórtica severa sintomática tratada con prótesis aórtica percutánea se caracterizó por presentar un alto riesgo quirúrgico y una alta prevalencia de comorbilidades asociadas.