

Seguimiento a largo plazo de pacientes con estenosis aórtica moderada-grave asintomática en una cohorte de la práctica clínica habitual

Guillermo Pereña Rodríguez(1), José Francisco Gil Fernández(1), Pablo Marcos Canchaya(1), Diego Vegas Fernández(1), María Regalado Reyes(1), Teresa Sevilla Ruiz(2), Ana Revilla Orodea(2), Itziar Gómez Salvador(2), Esther González Bartol(1), Javier García de Casasola Rodríguez(1), Mario García Fernández(1), Andrea Oña Orive(1), Ana Alicia Alañón Hernández(1), Julio Ruiz Ruiz(1) y J. Alberto San Román(2) de (1)Cardiología y (2)CIBERCV, IBioVall. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid - España

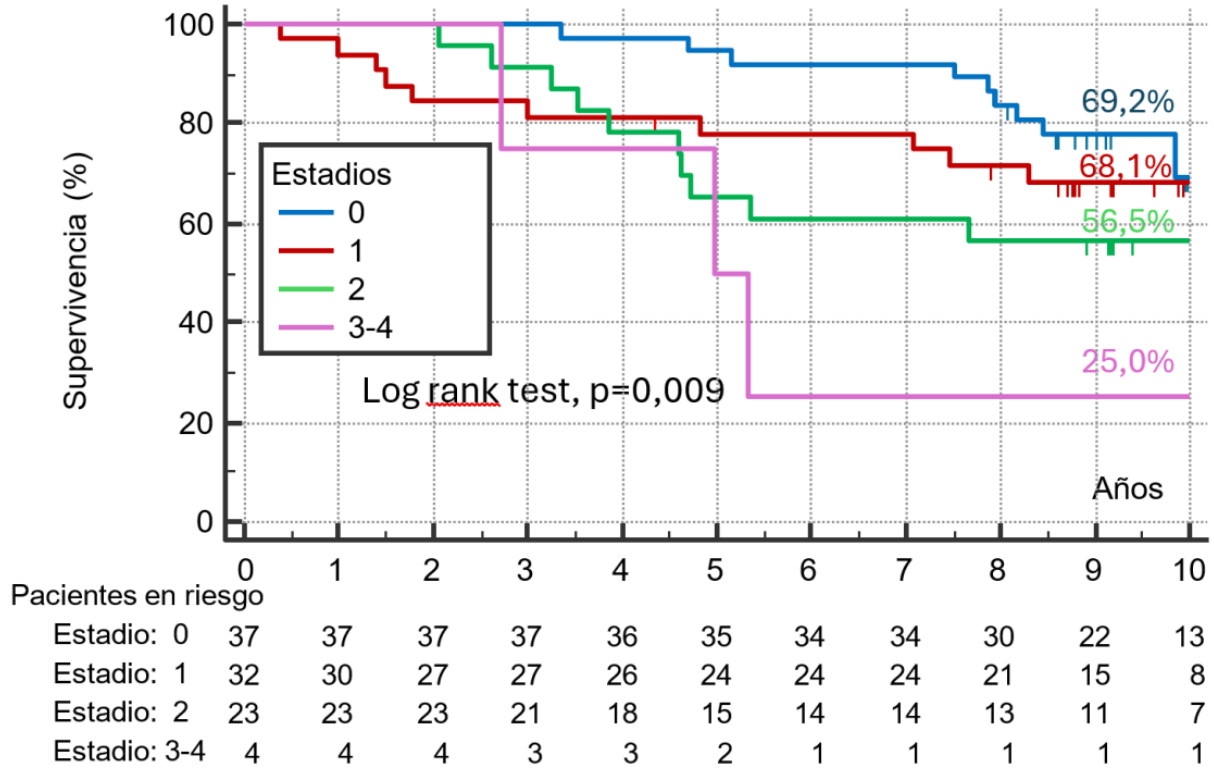
Introducción: Los pacientes con estenosis aórtica (EA) presentan mal pronóstico, incluso cuando es moderada. La estadificación de la afectación extravalvular ha demostrado utilidad pronóstica en este contexto.
Objetivo: Determinar el pronóstico a largo plazo en nuestra cohorte de pacientes con EA moderada-grave asintomática y evaluar la utilidad de la estadificación según afectación extravalvular.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 96 pacientes con EA moderada/grave asintomática en un registro específico (2014). La evaluación basal incluyó ecocardiografía, prueba de esfuerzo, biomarcadores séricos, resonancia magnética cardíaca y cuantificación del calcio valvular aórtico por tomografía computarizada. Los pacientes fueron clasificados en 5 estadios consecutivos de afectación cardíaca (0-4) indicando el 0 ausencia de afectación extravalvular y el 4 afectación del corazón derecho. El seguimiento se realizó según criterio del cardiólogo tratante. El reemplazo valvular aórtico (RVA) se decidió por el Heart Team según las guías vigentes, manteniendo una vigilancia activa. Los datos sobre RVA, mortalidad y hospitalización por insuficiencia cardíaca se recogieron retrospectivamente.

Resultados: Características basales: edad media 71 años; 72% varones; 71% hipertensos; 55% dislipémicos; 55% diabéticos; área valvular aórtica media 1,04 cm^2; gradiente medio 39 mmHg. Durante el seguimiento, 20 pacientes (20,8%) desarrollaron síntomas en el primer año y 68 (70,8%) se volvieron sintomáticos. 67 pacientes (69,8%) se sometieron a RVA; 25 (26%) requirieron hospitalización por insuficiencia cardíaca antes del RVA y 12 (12,5%) después del RVA. A los 10 años, 39 pacientes (40,6%) fallecieron (el cáncer fue la causa más frecuente; 15 por causas cardiovasculares).
11 pacientes (11,5%) permanecieron vivos y libres de RVA a 10 años; 9 seguían asintomáticos. Estos eran más jóvenes (64 vs 71 años; p=0,04), presentaban EA menos severa (gradiente medio 30 vs 40 mmHg; p=0,008) y afectación extravalvular mínima/inexistente (9/11 en estadio 0). Hubo diferencias significativas en mortalidad a 10 años según estadificación extravalvular.

Conclusiones: La mortalidad a 10 años en EA moderada/grave asintomática manejada con vigilancia activa es

elevada, principalmente por causas no cardíacas. La estadificación extravalvular identificó un subgrupo (~10%) con mejor pronóstico, que permaneció asintomático y libre de intervención a 10 años.



Resultados según estadificación extravalvular

	Grupo		
	Intervención y/o muerte	**No intervención/ no muerte**	**Total**
Estadio 0 *= ausencia de afectación extravalvular*	28 (32,9%)	9 (81,8%)	37 (38,5%)
Estadio 1*= masa del VI indexada >95 g/m² (mujer) o >115 g/m² (hombre), o ratio E/E´ >14, o FEVI <60%*	32 (37,6%)	0 (0%)	32 (33,3%)
Estadio 2*= fibrilación auricular, área aurícula izquierda >16.5 cm², o insuficiencia mitral moderada-severa*	21 (24,7%)	2 (18,2%)	23 (24%)
Estadio 3 y 4*= presión arterial pulmonar sistólica >60 mmHg, insuficiencia tricuspídea grado ≥III, y/o TAPSE <17 mm o velocidad de S´tricuspídea <9 cm/s*	4 (4,7%)	0 (0%)	4 (4,2%)
TOTAL	85 (100%)	11 (100%)	96 (100%)

VI: ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.