

#045 | Circulación pulmonar y daño cardíaco estructural en pacientes con estenosis aórtica severa en valoración para implante de prótesis aórtica transcatóter.

Sofía Gutiérrez¹; Lucía Martínez²; Leandro Jubany²; Natalia Lluberas²; Julia Aramburu²; Gabriel Parma²; Daniel Mallo²; Oscar Bazzino¹; Ricardo Lluberas²; Sebastián Lluberas²

1 - Cardiocentro. 2 - Cardiocentro/INCI.

Introducción:

La estenosis aórtica (EA) severa frecuentemente se asocia al desarrollo de hipertensión pulmonar (HTP). Este proceso está vinculado al aumento de las presiones de llenado del VI y al daño estructural del sistema cardiovascular que se observa desde etapas tempranas de la enfermedad. A su vez, la presencia de HTP y la presencia de daño estructural cardíaco en pacientes con EA severa se ha correlacionado con la mortalidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas.

Objetivo:

Describir las características en cuanto a circulación pulmonar y la estratificación de EA según daño estructural ecocardiográfico de pacientes sometidos a implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) en dos centros terciarios de Montevideo.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo multicéntrico y anonimizado de pacientes que se sometieron a TAVI en el período comprendido entre enero y diciembre de 2023. Se analizaron los ETT realizados en la evaluación pre procedimiento, se definió como normal un TAPSE >16 mm, onda S >9,5 cm/s y se agruparon los pacientes según presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) en 3 grupos: normal <34 mmHg, leve a moderada ≥34-<46 mmHg y severa ≥46 mmHg. Para establecer el daño estructural se incluyeron datos de volumen indexado de aurícula izquierda (AI), E/e', masa indexada de VI, IMit, IT y FEVI. Posteriormente, se estratificó el daño estructural en: estadio 0 (ausencia de daño cardíaco), estadio 1 (disfunción diastólica/sistólica y presencia de HVI), estadio 2 (daño a nivel de AI, IMit moderada-severa); estadio 3 (PSAP ≥ 60 mmHg o IT moderada a severa); y por último el estadio 4 (disfunción del VD). Se excluyeron del estudio los pacientes en los que los datos aportados por los ETT pre procedimiento no fueran suficientes para la estratificación.

Resultados:

Se incluyeron 43 pacientes. La edad media fue $83,9 \pm 5,4$. 65% (n=28) son pacientes de sexo femenino, 35% (n=15) de sexo masculino. La media para la FEVI fue $58,1 \pm 7,1$, un 12% (n=5) presentaba FEVI < 50%. El 95% (n=41) presentaba un TAPSE >16 y/o una onda s >9,5 cm/s y un 5% (n=2) un TAPSE <16. En un 23% (n=10) no se logró estimar PSAP dado que no presentaban IT. Un 7% de la muestra (n=3) presentaban un valor de PSAP < 34 mmHg, un 47% (n=20) presentaban PSAP ≥34-<46 mmHg y un 23% (n=10) valores de PSAP ≥46 mmHg. En cuanto al estadio de su valvulopatía el 90% (n=39) se encontraban en un estadio 2, dentro de estos un 97% (n=38) presentaban un volumen indexado de AI elevado y un 10% (n=4) presentaban IMit moderada o severa. Un 5% (n=2) se encontraba en estadio 3 por la presencia de IT moderada. Un 5% (n=2) pertenecían al estadio 4, dado que presentaban disfunción del VD (TAPSE <16).

Conclusiones:

La prevalencia de HTP en pacientes con EA severa sintomática que se sometieron a TAVI fue de 70%, dentro de estos un 67% presentaba HTP leve moderada y un 33% HTP severa. La mayoría presentaba VD normofuncionante. La mayoría de los pacientes se encontraban en estadio 2, demostrando que presentaban daño cardíaco más allá del VI.