



6017-239. UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO EN EL DIAGNÓSTICO DEL ICTUS EN EL PACIENTE JOVEN SIN CARDIOPATÍA

Carlos Ferrera¹, Carlos Gómez-Escalonilla Escobar², José Alberto de Agustín Loeches¹, José Antonio Egidio Herrero², Pedro Marcos-Alberca¹, Patricia Simal Hernández², Carlos Macaya Miguel¹ y Leopoldo Pérez de Isla¹ del ¹Instituto Cardiovascular y ²Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: El ictus isquémico constituye una entidad de elevada morbimortalidad, sobre todo en el paciente joven. La indicación de realizar ecocardiograma transtorácico (ETT) en los pacientes con ictus isquémico no está bien establecida. Nuestro objetivo es evaluar el papel del ETT en el diagnóstico del ictus isquémico.

Métodos: Desde septiembre-2012 a diciembre-2013 se incluyeron 240 pacientes de forma prospectiva y consecutiva. Previamente fueron excluidos del estudio los pacientes con cardiopatía potencialmente implicada en la génesis del ictus: portadores de prótesis, endocarditis, fibrilación auricular (previa o de nueva aparición), trombofilias. Se clasificaron como de posible origen cardioembólico (G-I) en base a las características clínicas y radiológicas (NIH > 8, localización cortical, tamaño > 1,5 cm, Doppler de troncos supraaórticos normal, debut con déficit máximo), o no cardioembólicos (G-II). La clasificación se realizó previamente a conocer el resultado del eco, y el ecocardiografista desconocía el grupo de clasificación. Se seleccionaron los pacientes de edad inferior a 60 años para el estudio del ictus en jóvenes.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 44 pacientes jóvenes: 54,5% varones; 40,9% clasificados como posible origen cardioembólico. En referencia a los factores de riesgo cardiovascular, encontramos una mayor proporción de hipertensión ($p = 0,003$) e hipercolesterolemia ($p = 0,037$) en el G-II, sin diferencias en el resto de factores de riesgo. En el análisis univariado, el ETT detectó diferencias entre los grupos (tabla). Se realizó un análisis multivariado para identificar los marcadores de potencial riesgo embólico en el ETT en el que se incluyeron: fracción de eyección, volumen auricular indexado, alteración de la contractilidad, aneurismas, *shunts*, trombos, masas, estenosis mitral, presencia de humo, comunicación interauricular o interventricular, foramen oval permeable (FOP). La presencia de FOP mostró una muy fuerte tendencia no significativa (OR 4,55; IC95% (0,60-34,4), $p = 0,14$).

Características ecocardiográficas en pacientes jóvenes con ictus isquémico (cardioembólico y no cardioembólico)

	Cardioembólico	No-cardioembólico	p
Foramen oval permeable	66,7%	16,7%	0,002

Masas	5,6%	0%	0,419
Volumen telesistólico ventrículo izquierdo (cm ³)	30,3	27,5	0,870
Diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo (mm)	27,0	26,0	0,254
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Simpson)	60,7%	62,7%	0,914
Volumen aurícula izquierda indexado (ml/m ²)	22,4	20,7	0,040
Cociente E/A	1,08	0,95	0,440
Cociente E/E'	5,59	7,96	0,095
TAPSE (mm)	23,5	22,6	0,716

Conclusiones: La presencia de FOP es mucho más frecuente en el paciente joven con ictus cardioembólico. El ETT constituye una herramienta útil en la detección de FOP y el diagnóstico de estos pacientes. Serían necesarios estudios con número mayor de pacientes para evaluar el impacto del cierre de FOP en esta población de riesgo.