



Revista Española de Cardiología



6019-243. ESTUDIO VEREDICTO (VALOR DEL EJE PARAESTERNAL DERECHO EN LA GRADACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA)

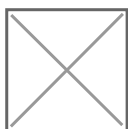
Elena López Rodríguez, Emilio Paredes Galán, Cristina García Rodríguez, Raquel Bilbao Quesada, Inmaculada González Bermúdez, Elisa Blanco González, Andrés Íñiguez Romo y Pablo Pazos López del Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EAo) es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio. El gradiente pico (GP), gradiente medio (GM) y área (AVA) estimados mediante ecocardiografía en plano apical (API) constituyen el método más empleado para establecer diagnóstico y gravedad. El valor adicional del empleo sistemático del plano paraesternal derecho (PED) no ha sido adecuadamente evaluado. El objetivo del estudio es determinar factibilidad y porcentaje de pacientes en los que el uso PED reclasifica al alza la gravedad de la EAo en al menos un grado.

Métodos: Se seleccionó de forma prospectiva y consecutiva en el laboratorio de ecocardiografía a pacientes con sospecha de EAo ? ligera por criterios morfológicos excluyendo casos con FEVI 50%, fibrilación auricular u otra valvulopatía asociada significativa (? moderada-grave). Se estimó el gradiente pico (GP), medio (GM) y calculó el AVA (empleando la ecuación de continuidad) en API y en PED. Se consideraron puntos de corte establecidos en las guías clínicas actuales: GP (36 mmHg: EAo leve, 36-64 mmHg: EAo moderada, > 64 mmHg: EAo grave), GM (20 mmHg: EAo leve, 20-40 mmHg: EAo moderada, > 40 mmHg: EAo grave), AVA (> 1,5 cm²: EAo leve, 1,5-1 cm²: EAo moderada, 1 cm²: EAo grave).

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes (56% varones, edad 76 ± 10 años). La gradación de EAo fue factible en API en 143 (99%) y en PED en 107 (74%). En los 2 casos en los que API no fue factible pudo realizarse PED y en ambos la EAo fue grave. En los 105 casos (72%) en los que los 2 planos fueron factibles no se observaron diferencias en GP (52,6 ± 24,2 mmHg frente a 53,3 ± 24,7 mmHg, p = 0,65), GM (29,9 ± 15,3 mmHg frente a 30 ± 15,3 mmHg, p = 0,91) o AVA (1,33 ± 0,69 frente a 1,30 ± 0,68 cm², p = 0,58) entre API y PED. El empleo de PED permitía sin embargo reclasificar al alza un 19%, 16 y 21% de los casos según se emplease criterios de GP, GM o AVA (p 0,001) (tabla). 19% de EAo sin criterios de gravedad en API cumplían al menos 1 de ellos en PED.



Reclasificación al alza de una estenosis aórtica empleando paraesternal derecho. A) plano apical gradientes en rango de estenosis moderada (GP: 60,7 mmHg, GM: 37,6 mmHg), B) en paraesternal derecho se alcanza la gravedad (GP: 91,3 mmHg, GM: 51,9 mmHg).

Reclasificación de grado de estenosis aórtica empleando paraesternal derecho					
		API			
PED	GP	Leve	Moderada	Severa	p
	Leve	17 (16%)	6 (6%)	0 (0%)	0,001
	Moderada	13 (12%)	31 (30%)	11 (10%)	
	Grave	1 (1%)	6 (6%)	20 (19%)	
	Total	31 (30%)	43 (41%)	31 (30%)	
PED	GM	Leve	Moderada	Severa	p
	Leve	22 (21%)	4 (4%)	0 (0%)	0,001
	Moderada	8 (8%)	40 (38%)	9 (9%)	
	Grave	1 (1%)	7 (7%)	14 (13%)	
	Total	31 (30%)	51 (49%)	23 (22%)	
PED	AVA	Leve	Moderada	Severa	p
	Leve	20 (19%)	6 (6%)	1 (1%)	0,001
	Moderada	10 (10%)	26 (25%)	5 (5%)	
	Grave	1 (1%)	11 (10%)	25 (24%)	
	Total	31 (30%)	43 (41%)	31 (30%)	
API: plano apical, PED: plano paraesternal derecho, GP: gradiente pico, GM: gradiente medio, AVA: área valvular aórtica.% respecto al total de casos en los que los que API y PED fueron factibles (105).					

Conclusiones: En 3/4 partes de los pacientes con EAo se puede hacer una evaluación de gravedad mediante PED. El empleo sistemático de este plano permite reclasificar al alza un número significativo de casos y

debería recomendarse por tanto en los protocolos de estudio ecocardiográfico.