



4019-5. LA RESONANCIA MAGNÉTICA ES SUPERIOR A LA ECOCARDIOGRAFÍA PARA LA PREDICCIÓN DE NECESIDAD DE CIRUGÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA AÓRTICA CRÓNICA

Andrea Postigo Esteban¹, Esther Pérez David¹, Raquel Ladrón Abia², Ana Revilla Orodea², Rosana López Jiménez³, José Alberto San Román², Francisco Fernández Avilés Díaz¹ y Javier Bermejo Thomas¹, del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid y ³Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de que la resonancia magnética (RM) es más precisa que el ecocardiograma transtorácico (ETT) para estudiar la gravedad de la insuficiencia aórtica (IAo) y el remodelado ventricular, no ha sido incorporada a los algoritmos de decisión del tratamiento de la IAo en las guías de práctica clínica. Nuestro objetivo es estudiar si la superioridad técnica de la RM se traduce en un aumento en la eficacia clínica en la predicción de cirugía valvular aórtica (CVA).

Métodos: Se revisaron 286 pacientes consecutivos con IAo significativa (fracción de regurgitación superior al 20%) estudiados secuencialmente mediante ETT y RM entre 2011 y 2016 en 2 centros terciarios, con una separación menor de 6 meses entre ambas pruebas. Se recogieron datos demográficos y clínicos, datos cuantitativos de gravedad de la IAo, diámetros y volúmenes ventriculares izquierdos obtenidos a partir de ETT y RM. Se registraron los eventos clínicos durante el seguimiento, considerando la CVA como la variable resultado principal, y se comparó la capacidad del ETT y de la RM para la predicción de la misma.

Resultados: La edad media fue de 60 ± 19 años y 207 eran varones (72%). 206 (72%) de los pacientes se encontraban en CF I en la evaluación inicial. 118 pacientes (41%) fueron operados durante una media de seguimiento de 25 ± 23 meses. La indicación quirúrgica fue por IAo sintomática en 51 pacientes (43%), disfunción ventricular izquierda en 23 (19,5%), dilatación ventricular grave (DTD > 70 mm) en 6 (5%), cirugía aórtica en 15 (13%) y otras causas en 23 (19,5%). Se predefinieron 2 modelos de riesgos proporcionales combinando datos clínicos (edad, índice de comorbilidad y CF) con índices de gravedad de IAo y remodelado ventricular obtenidos por ETT (grado IAo, DTD y FEVI) o por RM (fracción de regurgitación y FEVI) (tabla). El modelo basado en RM superó al basado en ETT en términos de área bajo la curva (0,79 frente a 0,74; $p = 0,02$), índice de mejoría de discriminación (0,12; $p = 0,004$), índice de mejoría de reclasificación (0,31; $p = 0,004$) y mediana de mejora en la escala de riesgo (0,12; $p = 0,002$).

Modelo de riesgos proporcionales basado en RM para predecir cirugía de IAo

HR (IC95%)

p

Edad	1,02 (1,01-1,04)	0,0009
CF NYHA	1,54 (1,23-1,95)	0,0005
Índice de comorbilidad	0,87 (0,75-1,01)	0,071
F. regurgitación (%)	1,06 (1,04-1,08)	0,0001
VTDVI (cc)	1,004 (1,001-1,008)	0,01
FEVI (%)	0,96 (0,94-0,99)	0,002

Modelo de riesgos proporcionales basado en RM para predecir cirugía de IAo.

Conclusiones: La RM es superior a la ETT en la predicción de cirugía en pacientes con IAo crónica. Los criterios actuales de cirugía en pacientes asintomáticos podrían ser mejorados mediante la inclusión de parámetros de RM.