



## 6017-241. MARCADORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE ICTUS CARDIOEMBÓLICO EN EL CORAZÓN "APARENTEMENTE SANO"

Carlos Ferrera<sup>1</sup>, Carlos Gómez-Escalonilla<sup>2</sup>, Carlos Almería Valera<sup>1</sup>, Patricia Simal Hernández<sup>2</sup>, José Luis Rodrigo López<sup>1</sup>, José Antonio Egido Herrero<sup>2</sup>, Carlos Macaya Miguel<sup>1</sup> y Leopoldo Pérez de Isla<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Instituto Cardiovascular y <sup>2</sup>Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La indicación de realizar ecocardiograma transtorácico (ETT) en los pacientes con ictus isquémico no está bien establecida. No existen claros marcadores de riesgo embólico en corazones "aparentemente" sanos. 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 en base a las características clínicas y radiológicas, como posible origen cardioembólico (G-I) (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 al ecocardiograma y el ecocardiografista desconocía el grupo de clasificación.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 164 pacientes: 51,4% varones; 58,5% clasificados como cardioembólicos. En referencia a los factores de riesgo cardiovascular, encontramos una mayor proporción de fumadores ( $p = 0,018$ ), alcoholismo ( $p = 0,035$ ) y vasculopatía periférica ( $p = 0,035$ ) en el G-II. No hubo diferencias significativas en el porcentaje de hipertensión ( $p = 0,269$ ), diabetes ( $p = 0,688$ ), insuficiencia renal crónica ( $p = 0,277$ ) entre los grupos. El ETT mostró ciertas diferencias entre los grupos (tabla). Se realizó un análisis multivariado para identificar los marcadores ETT de potencial riesgo embólico en el que se incluyeron: fracción de eyección, volumen auricular indexado (VolAIi), alteración de la contractilidad, aneurismas, *shunts*, trombos, masas, estenosis mitral, presencia de humo, comunicación interauricular o interventricular, foramen oval permeable (FOP). El volAIi fue el único marcador de riesgo independiente para el desarrollo de ictus cardioembólico [OR 1.10, IC95% (1,03-1,17),  $p = 0,002$ ], y la presencia de FOP mostró una fuerte tendencia no significativa de mayor riesgo [OR 2,51, IC95% (0,88-7,18),  $p = 0,085$ ].

Características ecocardiográficas en ambos grupos (ictus cardioembólico y no cardioembólico)			
	Cardioembólico	No-cardioembólico	p
Trombos	0%	1,4%	0,439

Masas	3,3%	0%	0,257
Volumen telesistólico (cm <sup>3</sup> )	26,3	24,8	0,959
Foramen oval permeable	34,4%	18,8%	0,067
Volumen aurícula izquierda indexado (ml/m <sup>2</sup> )	28,1	22,6	0,001
Volumen telesistólico del ventrículo izquierdo (ml)	26,3	24,8	0,216
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Simpson)	61,2%	62,6%	0,702
Cociente E/A	0,88	0,80	0,520
Cociente E/E'	8,82	9,26	0,591

**Conclusiones:** El ETT podría resultar una herramienta útil en el diagnóstico etiológico del ictus isquémico. En nuestro estudio, el VolAIi resultó ser un factor de riesgo independiente de origen cardioembólico del ictus. El FOP podría jugar un papel importante.