



## 6025-342. ¿DÓNDE MEDIR EL TRACTO DE SALIDA PARA ESTIMAR EL ÁREA VALVULAR AÓRTICA? ¿JUNTO AL PLANO VALVULAR O A UNA DISTANCIA BAJO DICHO PLANO?

Eloy Gómez Mariscal, Laura Mora Yagüe, Cristina Cortina Camarero, M. del Mar Sarrión Catalá, Silvia Jiménez Loeches, José Manuel Cano Moracho, David Vaqueriza Cubillo y Roberto Muñoz Aguilera del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La medición del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) con ecocardiografía 2D presenta importantes limitaciones. Las recomendaciones actuales no establecen un punto óptimo respecto del plano valvular para medir el diámetro del TSVI. Nuestro objetivo es buscar dicho punto óptimo para la estimación del área valvular aórtica (AVA).

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente 34 pacientes con estenosis aórtica y ecocardiograma transesofágico 2D (ETE) entre 2013 y 2017. Se ha tomado el AVA por planimetría en ETE como medición de referencia. Se ha estimado también el AVA por ecuación de continuidad con ETE y con ecocardiograma transtorácico 2D (ETT) según el diámetro del TSVI medido en varios puntos (junto al plano valvular, a 4 mm y a 8 mm del plano valvular).

**Resultados:** La medición con mayor correlación con la planimetría en ETE fue el AVA obtenida al medir el TSVI junto al plano valvular en ETE ( $r = 0,846$ , tabla). Entre las mediciones en ETT, también se observó una mayor correlación cuando la medición se realizaba junto al plano valvular, respecto a la medición a 4 y 8 mm de este ( $r = 0,807$ ,  $r = 0,778$  y  $r = 0,773$ , respectivamente). En todos los casos la correlación fue significativa ( $p < 0,001$ ) y no se detectaron diferencias significativas entre los valores de AVA según el nivel al que se medía el TSVI. Por otro lado, destaca entre los subanálisis realizados el impacto de la hipertrofia septal. El AVA estimada por continuidad tenía una mayor correlación en aquellos pacientes con hipertrofia septal leve (septo interventricular 1,4 cm) respecto de aquellos con hipertrofia septal moderada-grave (septo interventricular  $> 1,4$  cm) ( $r = 0,928$  frente a  $r = 0,765$ , respectivamente (tabla)).

Correlación del área valvular aórtica por planimetría en ecocardiograma transesofágico 2D y el área por continuidad según la técnica y punto de medición del tracto de salida del ventrículo izquierdo respecto del plano valvular aórtico

Planimetría ETE	TSVI a 0 mm ETE	TSVI a 4 mm ETE	TSVI a 8 mm ETE	TSVI a 0 mm ETT	TSVI a 4 mm ETT	TSVI a 8 mm ETT
Global (n = 34)	$r = 0,846$	$r = 0,815$	$r = 0,802$	$r = 0,807$	$r = 0,778$	$r = 0,773$

Hipertrofia septal leve (n = 20)	r = 0,954	r = 0,904	r = 0,842	r = 0,928	r = 0,887	r = 0,853
Hipertrofia septal moderada-grave (n = 14)	r = 0,693	r = 0,719	r = 0,770	r = 0,705	r = 0,735	r = 0,765

ETE: ecocardiograma transesofágico 2D. ETT: ecocardiograma transtorácico 2D. TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo.

**Conclusiones:** Resulta más favorable medir el TSVI junto al plano valvular por ofrecer una estimación del AVA más precisa, con mayor correlación con la planimetría por ETE que cuando se mide el TSVI a 4 mm y a 8 mm bajo el plano valvular. Por otro lado, la medición del AVA por continuidad parece menos precisa en aquellos pacientes con hipertrofia septal moderada-grave, siendo aconsejable mayor precaución al realizar e interpretar las mediciones en estos casos.