



## 6024-339. ¿VALORAMOS ADECUADAMENTE EL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO?: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE MÉTODOS DE MEDIDA BIDIMENSIONALES

Santiago Colunga Blanco<sup>1</sup>, Iria Silva Conde<sup>2</sup>, Remigio Padrón Encalada<sup>2</sup>, Lucía Junquera Vega<sup>2</sup>, Teresa González Sánchez<sup>1</sup>, Helena Cigarran Sexto<sup>2</sup>, Juan Calvo Blanco<sup>2</sup>, David Calvo Cuervo<sup>2</sup> y Jesús M. de la Hera Galarza<sup>2</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) y <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La ecocardiografía bidimensional (ETT2D) tiende a infraestimar la medida del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) cuando se compara con los métodos de imagen tridimensional. Algunos estudios sugieren que cuando el TSVI se mide siguiendo las recomendaciones clásicas (5-10 mm debajo del anillo aórtico, TSVI1) el grado de infraestimación será más importante en comparación con cuando se realiza a nivel del plano valvular (TSVI2). El objetivo de nuestro estudio fue realizar un análisis comparativo entre ambos métodos de medida y respecto a la planimetría por TC.

**Métodos:** Se analizó retrospectivamente a 118 pacientes con estenosis aórtica. Se realizó un angioTC cardiaco como parte del protocolo de estudio en 100 de ellos. Se procedió a medir el diámetro del TSVI por ETT2D de acuerdo a ambos métodos (TSVI1 y TSVI2) y se estimó el área. Se calculó el TSVI teórico a la superficie corporal para todos los pacientes y el área del TSVI por planimetría en el TC.

**Resultados:** El diámetro medio fue de 2 cm para TSVI1 (DE 0,19) y de 2,15 cm (DE 0,19) para TSVI2 con un área de 3,19 cm<sup>2</sup> (DE 0,61) y 3,65 cm<sup>2</sup> (DE 0,64) respectivamente. Se observaron diferencias estadísticamente significativas tanto para diámetro ( $p = 0,000$ ) como área ( $p = 0,000$ ) entre ambos grupos. El TSVI teórico medio fue 2,23 cm (DE 0,12). Se comparó la diferencia con respecto a ambos métodos de medida con una diferencia media de 0,22 cm para TSVI1 y 0,08 cm para TSVI2 y diferencias estadísticamente significativas a favor de TSVI2 ( $p = 0,000$ ). Respecto al TC el área media por planimetría fue de 4,49 cm<sup>2</sup> (DE 0,84 cm<sup>2</sup>) estadísticamente significativa mayor respecto a ambos métodos ( $p = 0,000$ ), pero, con diferencias menores (0,84 frente a 1,3 cm<sup>2</sup>;  $p = 0,000$ ) y una mejor correlación (Pearson 0,75; IC95%: 0,621-0,836 frente a 0,723; IC95%: 0,602-0,816) en comparación a TSVI2.

**Conclusiones:** A pesar de que la ecocardiografía bidimensional tiende a infraestimar el área del TSVI en comparación a otras técnicas de imagen, la determinación del TSVI a nivel del plano valvular ofrece medidas sistemáticamente mayores y una mejor correlación con el área obtenida por planimetría. Este método de medida puede contribuir a minimizar los errores diagnósticos y las discrepancias área-gradiente en el estudio de la estenosis aórtica y debería considerarse de elección en la práctica clínica habitual.