



6026-357. UTILIDAD DE LA IMAGEN MULTIMODALIDAD PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES EN LA ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

Begoña Igual Muñoz¹, Rafael Payá Serrano¹, José Leandro Pérez-Boscá¹, Óscar Blanco-Herrera², Alejandro Sánchez Vázquez², Vicente Miró Palau², Diana Domingo Valero² y Anastasio Montero-Argudo³, del ¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia, ²Hospital Universitario La Fe, Valencia y ³Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente la gravedad de la estenosis valvular aórtica (EVA) se evalúa mediante técnicas ecocardiográficas sin embargo esta evaluación no está exenta de limitaciones derivadas sobre todo de la interdependencia de los gradientes transvalvulares con la fracción de eyección (FE) y el volumen latido (VL) del ventrículo izquierdo (VI). Nuestra hipótesis es que la utilización simultánea de datos ecocardiográficos y de resonancia magnética (RM) puede mejorar el diagnóstico de gravedad hemodinámica en la EVA.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de EVA a los que se realizó una resonancia magnética y un estudio ecocardiográfico durante el periodo de estudio (rango 1-4 meses). Se excluyeron pacientes con enfermedad coronaria conocida u otra valvulopatía significativa. Se evaluó también la presencia y tipo de sintomatología atribuible a la EVA. Por ecocardiografía se obtuvieron gradiente medio y máximo a través de la estenosis y AVA por ecuación de continuidad (AVAc). Para el estudio se obtuvo la ratio de los parámetros ecocardiográficos habituales con la FE y VL de VI obtenidas por el método de Simpson analizando secuencias funcionales de cine (b-SSFP) en eje corto de RM.

Resultados: Se estudió a 87 pacientes de edad media 66 ± 16 años, 52 (59%) varones, 27 (31%) con FEVI reducida y 68 pacientes (78%) con sintomatología atribuible a la EVA, 59 (67%) disnea, 19 (21%) angina y 3 (3%) síncope; 59 (67%) del total con gradiente medio ecocardiográfico ≥ 40 mmHg. El área bajo la curva ROC, la p, los puntos de corte y la sensibilidad y especificidad de los parámetros con significación estadística se muestran en la tabla.

Área bajo la curva, significación estadística y punto de corte de las variables estudiadas

	Área bajo la curva ROC	p	Cut -off
Gradiente medio (N = 56)	0,56	ns	

Gradiente medio/VL (N = 75)	0,64	ns	
Gradiente medio/FEVI (N = 75)	0,82	p 0,001	0,69
Gradiente máximo (N = 87)	0,60	ns	
Gradiente máximo/VL (N = 87)	0,65	ns	
Gradiente máximo/FEVI (N = 87)	0,78	p 0,001	0,94
AVAc (N = 50)	0,55	ns	
AVAc/VL (N = 50)	0,59	ns	
AVAc/FEVI (N = 50)	0,73	ns	

FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; VL: volumen latido calculado por Simpson AUROC.

Conclusiones: La utilización combinada de variables ecocardiográficas y de RM mejora el diagnóstico de gravedad hemodinámica de la EVA mediante técnicas de imagen. La ratio entre el gradiente medio y la fracción de eyección de VI es el parámetro con mayor capacidad diagnóstica de forma que una ratio $\geq 0,69$ predice la presencia de sintomatología atribuible a la EVA con una sensibilidad de 71% y especificidad de 91%.