Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 343

Revista Española de Cardiología

5017-2. MEDIDA DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR IZQUIERDO MEDIANTE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 3D. ¿ES FACTIBLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

Eva Robledo Mansilla, Iñaki Villanueva Benito, Alberto Izaguirre Yarza, Daniel Cea Primo, Ainhoa Rengel Jiménez, Jesús Alfonso González León, Iñaki Sanz Esquíroz, Francisco de la Cuesta Arzamendi y Ramón Querejeta Iraola, del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Resumen

Introducción y objetivos: Uno de los retos actuales en el estudio de la estenosis aórtica (EAo) es minimizar el error existente en la estimación del área valvular aórtica (AVA) por ecuación de continuidad. La principal fuente de este error es la medida del tracto de salida ventricular izquierdo (TSVI). Estudios con RMN, TAC y ecocardiograma transesofágico 3D han demostrado que el cálculo del área del TSVI por ecocardiograma 2D infraestima el área real por su asunción circular, con afección importante al cálculo del AVA. El ecocardiograma transtorácico 3D (ETT3D) representaría la técnica ideal para su medida directa por planimetría por su disponibilidad y rapidez. Sin embargo, la falta de resolución espacial del ETT3D y la ventana acústica limitada de los pacientes con EAo podría afectar a su reproducibilidad. Nuestro objetivo es determinar la factibilidad y reproducibilidad de dicha técnica en la práctica clínica.

Métodos: Se incluyeron a 64 pacientes (46 pacientes consecutivos con EAo y 18 sin patología valvular) que acudieron al laboratorio de ecocardiografía de nuestro centro desde el inicio del año 2018. Se adquirió una imagen mediante zoom 3D del TSVI con 1 solo latido (Phillips epiq 7, Qlab 10,0), y se realizó planimetría del TSVI posteriormente y de forma ciega por 3 ecocardiografistas: un adjunto sénior de más de 20 años de experiencia en ecocardiografía, un adjunto joven de más de 5 años de experiencia y una residente de cardiología de tercer año.

Resultados: El 87% de los pacientes con EAo presentaron una ventana ecocardiográfica apta para la medición. En los pacientes con EAo hubo buen acuerdo en las medidas tanto entre el adjunto sénior y joven (Índice de correlación intraclase (ICI) 0,77, IC95%: 0,58-0,88, figura) como entre el adjunto senior y la residente (ICI 0,75, IC95%: 0,55-0,87, figura). No hubo diferencias en la concordancia entre las 3 mediciones de los pacientes con EAo y los pacientes sin patología valvular (ICI 0,74, IC95% 0,48-0,90, frente a 0,75, IC95% 0,61-0,86).

Conclusiones: La medición del área del TSVI por planimetría con eco3D transtorácica es factible en la mayoría de los casos con estenosis aórtica, incluso con poca experiencia del profesional y con una buena reproducibilidad entre diferentes observadores.