



7006-3. CUANTIFICACIÓN DEL CALCIO EN ESTENOSIS AÓRTICA IMPORTANTE MEDIANTE CARDIO-TC. ¿UNA BAJA CALCIFICACIÓN DESCARTA GRAVEDAD?

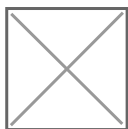
Helena Capellades Olivella¹, Violeta González Salvado², Rubén Leta Petrarca³, Dabit Arzamendi Aizpurua³, Xavi Millán Álvarez³ y Chi-Hion Li Li³, del ¹Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Barcelona, ²Hospital Clínico Universitario de Santiago, CIBERCV, Santiago de Compostela (A Coruña), e ³Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona IIBB-CSIC, CIBERCV, IIB-Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes apoyan el uso de tomografía computarizada cardiaca (cardio-TC) para determinar la gravedad de la estenosis aórtica (EA) según el grado de calcificación. Sin embargo nuestra hipótesis es que la baja calcificación aórtica podría no descartar una estenosis importante en caso de válvulas aórticas rígidas con mínima calcificación como la de la figura, una válvula estenótica con área de 0,72 cm² y mínima calcificación valvular.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EA moderada a importante por ecocardiografía transtorácica (ETT) a los que se realizó una cardio-TC para planificación de implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) con equipo Philips iCT 256. Con el sistema Intellispace Portal (Philips) se realizaron las medidas habituales de planificación en TAVI, se planimetró el área valvular aórtica (AVA) y se calculó, con las herramientas de segmentación habituales, el volumen de calcio valvular aórtico. Se clasificó la EA según AVA (tanto por ETT como por cardio-TC) y gradiente medio (GMed) en EA concordante moderada, EA concordante importante, EA discordante con gradiente bajo y EA discordante con gradiente elevado.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes (61% mujeres, edad media de 80 ± 7 años) con datos ecográficos completos en 44. El 55% de los pacientes tenían un GMed > 40 mmHg. El AVA indexada era > 0,6 cm²/m² en el 86% por ETT y en el 63% por Cardio-TC. Los parámetros por ETT fueron: velocidad máxima aórtica de 4,15 ± 0,56 m/s, GMed 42 ± 0,56 mmHg, AVA indexada por continuidad de 0,45 ± 0,11 cm²/m² y fracción de eyección del 61 ± 15%. Los parámetros por cardio-TC fueron un AVA media planimetrada indexada de 0,56 ± 0,14 cm²/m² y un volumen de calcio de 688,97 ± 498,5 mm³. El análisis de regresión logística multinomial no mostró diferencias significativas respecto a volumen de calcio entre los diferentes grupos de EA cuantificadas tanto por cardio-TC como por ETT, independientemente del sexo.



Estenosis aórtica importante con ligera calcificación.

Cuantificación del volumen de calcio según el tipo de EA

	n (%)	Volumen calcio (mm ³)	p
Ecocardiografía			0,83
EA concordante moderada	2 (4,55)	434,7 ± 336,16	-
EA concordante importante	19 (43,18)	636,59 ± 401,66	-
EA discordante con alto gradiente	4 (9,09)	675,78 ± 428,33	-
EA discordante con bajo gradiente	19 (43,18)	765,43 ± 567,67	-
Cardio-TC			0,27
EA concordante moderada	10 (20,41)	633,27 ± 522,96	-
EA concordante importante	19 (38,78)	739,82 ± 380,99	-
EA discordante con bajo gradiente	12 (24,49)	826,02 ± 610,72	-
EA discordante con alto gradiente	8 (16,33)	432,24 ± 523,53	-

EA: estenosis aórtica; Cardio-TC: tomografía computarizada cardiaca.

Conclusiones: En esta serie, el volumen de calcio de forma aislada mostró una baja capacidad de discriminación de la gravedad de la estenosis aórtica, de modo que una baja calcificación valvular por cardio-TC no permitió descartar estenosis aórtica importante.