



14. VALOR DIAGNÓSTICO DEL EMPLEO DEL ÁREA DEL TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIDO POR TAC CARDIACO EN LA ESTIMACIÓN DEL ÁREA VALVULAR AÓRTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI

Eduardo Peñaloza Martínez, Nicolás Manuel Maneiro Melón, Martín Romo Pardo, Rafael Prieto de Francisco, Eva Dávila Armesto, Miguel Calderón Flores, Ivan Gómez Blázquez, Julio García Tejada, Agustín Albarrán González-Trevilla, Cecilia Corros Vicente, José Antonio García Robles, Rafael Salguero Bodes, Fernando Arribas Ynsaurriaga, Jorge Solís Martín y Fernando Sarnago Cebada

Servicio de Cardiología. IMAS12. Hospital Universitario 12 de Octubre. CIBERCV, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estimación del área valvular aórtica (AVA) es esencial para la clasificación de la estenosis aórtica (EA) especialmente en pacientes con estenosis de bajo flujo/gradiente. El método más utilizado para el cálculo del AVA es la ecuación de continuidad (EC) con ecocardiografía transtorácica (ETT). Para efectuarla, es preciso medir el área del tracto de salida de ventrículo izquierdo (ATSVI). Su medición está sujeta a errores debidos a asunciones geométricas y dificultad para obtener diámetros de TSVI fiables. El TAC cardiaco aporta mayor precisión en la medición del ATSVI. Dicho valor está disponible de manera rutinaria en el estudio preTAVI. El objetivo de este estudio fue valorar si la incorporación del ATSVI medida por TAC en vez de por ETT al cálculo del AVA por EC implicaría una reclasificación de los pacientes con EA tratados mediante TAVI.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes sometidos a TAVI entre 2018-2019. Se recogieron variables clínicas, de ETT y TAC. La medición del ATSVI se realizó en mesosístole. Se definió el bajo flujo como un volumen sistólico por Simpson BP ≥ 35 ml/m², el bajo gradiente como un gradiente medio aórtico 40 mmHg y el AVA reducida como 1 cm². Los pacientes fueron clasificados en 6 subgrupos según el AVA, gradiente y volumen sistólico acorde a guías clínicas.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes (tabla a). El ATSVI por TAC fue mayor que por ETT ($4,4 \pm 0,8$ cm² vs $3,3 \pm 0,7$ cm²; p 0,001). Consecuentemente al aumento de ATSVI, el AVA estimada también fue mayor por TAC ($0,98 \pm 0,3$ cm² vs $0,71 \pm 0,2$ cm²; p 1 cm² por TAC (pacientes con bajo flujo/gradiente y AVA reducida en ecocardiograma 24,1 vs 13,8% en TAC p 0,01) (tabla b).

a. Variables descriptivas muestra (n = 87)

Sexo (femenino)	48,3
Edad (años)	82,1 $\pm$ 11,8

IMC (Kg/m ²)	27,7 ± 4,8
HTA (%)	86,2
DM (%)	34,5
STS score	4,5 ± 2,3
FEVI (%)	58,4 ± 12,5
TAPSE (mm)	20,1 ± 3,3
Gmax (mmHg)	74,9 ± 22,1
Gmed (mmHg)	42,2 ± 12,9
Índice aórtico	0,22 ± 0,07
Vol sistólico SBP (ml)	48,7 ± 17,9

b. Tipo de estenosis aortica según TSVI ETT vs TAC. usando como volumen el Simpson BP	TSVI eco %	TSVI TAC %	
Alto gradiente/Área normal	0	20,7	
Alto gradiente/Área reducida	63,2	42,5	
Bajo flujo-gradiente/Área reducida/FEVI normal	18,4	11,5	
Bajo flujo-gradiente/Área reducida/FEVI reducida	5,7	2,3	
Flujo normal/Bajo gradiente/Área reducida	11,4	0	
Bajo gradiente/Área normal	1,2	23,0	p 0,001

IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FEVI: fracción de eyección ventrículo izquierdo; TAPSE: excursión sistólica anillo tricúspide; gmax: gradiente máximo; Gmed: gradiente medio; SBP: Simpson biplano; EAo: estenosis aórtica; TSVI: tracto de salida ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Emplear el ATSVI medida por TAC cardiaco en la EC se asocia a mayores valores de AVA reclasificando a $AVA > 1\text{cm}^2$ el 42,7% de los pacientes con EA de bajo flujo/gradiente. Ello implicaría un descenso de las indicaciones de intervencionismo en estos pacientes.