



## 6019-244. VALOR DEL PLANO SUBCOSTAL EN LA GRADACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA

Elena López Rodríguez, Emilio Paredes Galán, Cristina García Rodríguez, Raquel Bilbao Quesada, Elisa Blanco González, Carina González Ríos, Andrés Íñiguez Romo y Pablo Pazos López del Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El gradiente pico (GP), gradiente medio (GM) y área (AVA) estimados en plano ecocardiográfico apical (API) constituyen los parámetros más utilizados para establecer diagnóstico y gravedad de la estenosis aórtica (EAo). En pacientes sin ventana torácica (p. ej. EPOC grave) el plano subcostal (SBC) puede ser la única alternativa para evaluar la EAo. El objetivo del presente trabajo es determinar la precisión de SBC para la gradación de la EAo.

**Métodos:** Se seleccionó de forma prospectiva y consecutiva a pacientes con sospecha de EAo ? ligera por criterios morfológicos (excluyendo FEVI 50%, fibrilación auricular u otra valvulopatía asociada ? moderada-grave). Se estimó el gradiente pico (GP), medio (GM) y calculó el AVA (con ecuación de continuidad) en API y SBC. En SBC para obtener la mejor alineación con el flujo transvalvular se empleó un plano 5c (muesca a 0° e inclinación superior del transductor; fig.). Se consideraron los puntos de corte establecidos en las guías clínicas actuales: GP ( 36 mmHg: EAo leve, 36-64 mmHg: EAo moderada, > 64 mmHg: EAo grave), GM ( 20 mmHg: EAo leve, 20-40 mmHg: EAo moderada, > 40 mmHg: EAo grave), AVA (> 1,5 cm<sup>2</sup>: EAo leve, 1,5-1 cm<sup>2</sup>: EAo moderada, 1 cm<sup>2</sup>: EAo grave).

**Resultados:** Se incluyeron 145 pacientes (56% varones, edad 76 ± 10 años). La gradación de EAo fue factible en API en 143 (99%) y en SBC en 107 (75%). En los 107 casos en los que API y SBC fueron factibles el GP (51,3 ± 24,4 mmHg frente a 37,6 ± 18,3 mmHg, p 0,0001) y GM (29,9 ± 16,7 mmHg frente a 21 ± 11,6 mmHg, p 0,0001) fueron superiores en API mientras que el AVA (1,33 ± 0,55 frente a 1,56 ± 0,65 cm<sup>2</sup>, p 0,0001) fue inferior. Por criterios de gradiente la concordancia API-SBC fue del 58 y 63% para GP y GM respectivamente y del 62% para AVA (p 0,001) (tabla). Tomando como referencia los casos con EAo grave diagnosticada mediante API (presencia ? 1 criterio) la sensibilidad de SBC fue del 52%, especificidad del 94%, valor predictivo (+) del 85%, valor predictivo (-) del 74% y precisión diagnóstica del 78%.



*Gradación de estenosis aórtica empleando plano subcostal. A) plano subcostal de 5 cámaras; se aprecia la válvula aórtica y el flujo a su través, B) alineación del flujo transvalvular y medición de gradiente con Doppler continuo.*

Concordancia en la gradación de la estenosis aórtica entre planos apical y subcostal

		API			
	GP	Leve	Moderada	Grave	p
SBC	Leve	34 (32%)	23 (22%)	3 (3%)	0,001
	Moderada	1 (1%)	17 (16%)	17 (16%)	
	Grave	0 (0%)	1 (1%)	11 (10%)	
	Total	35 (33%)	41 (38%)	31 (29%)	
SBC	GM	Leve	Moderada	Grave	p
	Leve	34 (32%)	24 (22%)	1 (1%)	0,001
	Moderada	0 (0%)	26 (24%)	14 (13%)	
	Grave	0 (0%)	1 (1%)	7 (7%)	
Total	34 (32%)	51 (48%)	22 (21%)		
SBC	AVA	Leve	Moderada	Grave	p
	Leve	30 (28%)	18 (17%)	3 (3%)	0,001
	Moderada	3 (3%)	20 (19%)	12 (11%)	
	Grave	0 (0%)	5 (5%)	16 (15%)	
Total	33 (31%)	43 (40%)	31 (29%)		

API: plano apical, SBC: plano subcostal, GP: gradiente pico, GM: gradiente medio, AVA: área valvular aórtica.% respecto al total de casos en los que los que API y SBC fueron factibles (107) .

**Conclusiones:** En 3/4 partes de los pacientes con EAo se puede hacer una evaluación de gravedad mediante SBC si bien este plano tiende a infraestimar el grado de estenosis y su valor es por tanto limitado.