



5027-3. ¿ES SUPERPONIBLE LA MEDIDA DEL DIÁMETRO MÁXIMO DE LA RAÍZ AÓRTICA POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE MARFAN?

Gisela Teixido Tura¹, Giuliana Maldonado¹, Alberto Forteza Gil², Violeta Sánchez³, Jose Rodríguez-Palomares¹, Laura Gutiérrez García-Moreno¹, David García-Dorado¹ y Arturo Evangelista Massip¹ del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En el síndrome de Marfan (SM), el diámetro máximo de la raíz aórtica es el parámetro fundamental en el seguimiento e indicación de cirugía. En la práctica clínica se acepta que la ecocardiografía (eco-2D) es la técnica de elección para el manejo de estos pacientes. No obstante, la capacidad tridimensional de la resonancia magnética (RM) permite la valoración de los 3 diámetros aórticos. El objetivo fue determinar la concordancia entre las medidas de la raíz aórtica por eco-2D y RM en una cohorte de pacientes con síndrome de Marfan.

Métodos: Se estudiaron 131 pacientes con Marfan (59,5% mujeres, edad $25,7 \pm 13,7$ años) en los que se realizó una eco-2D y una RM en un intervalo 1 mes. La raíz aórtica se midió por eco-2D mediante la ventana paraesternal longitudinal utilizando la metodología leading-leading en telediástole y por RM se midieron los 3 diámetros cúspide-comisura y cúspide-cúspide en el plano axial. Se calcularon los coeficientes de correlación intraclass (CCI) y el análisis de Bland-Altman entre los diámetros por eco-2D y RM. Se estimó la máxima diferencia obtenida entre eco y RM.

Resultados: Los CCI fueron excelentes entre los 6 diámetros obtenidos por RM y el eco-2D (CCI > 0,9). Los Bland-Altman mostraron una diferencia media menor de 1,5 mm en todos los casos, pero con amplios IC95%. En 22 pacientes (16,8%) se observó que el diámetro máximo por RM era ≥ 3 mm que por eco-2D, siendo éste más frecuentemente el diámetro seno no coronárico-coronárico izquierdo (40,9%) (tabla). Un 40,5% de los pacientes presentaban una raíz asimétrica (diferencia ≥ 3 mm entre los 3 diámetros cúspide-cúspide) y en estos, era más frecuente la presencia de una diferencia ≥ 3 mm entre RM y eco-2D (81,8% en los asimétricos frente a 36,4% en los simétricos, p 0,001).

Diámetro por RM con la mayor diferencia con la eco-2D		
	Diferencia ≥ 3 mm entre eco y RM	
Diámetro por RM que presenta la mayor diferencia con la eco	No (n = 109)	Sí (n = 22)

Diámetros cúspide-cúspide	SCD-SCI	11 (10,1%)	4 (18,2%)
	SCD-SNC	10 (9,2%)	2 (9,1%)
	SNC-SCI	28 (25,7%)	9 (40,9%)
Diámetros cúspide-comisura	SCD	21 (19,3%)	3 (13,6%)
	SNC	11 (10,1%)	1 (4,5%)
	SCI	28 (25,7%)	3 (13,6%)
SCD: seno coronárico derecho; SNC: seno no coronárico; SCI: seno coronárico izquierdo.			

Conclusiones: La medida del diámetro máximo de la raíz de aorta por eco-2D y RM en pacientes con SM presenta una buena concordancia. No obstante, en el 17% de los pacientes el diámetro por RM es > 3 mm que por eco-2D, especialmente cuando la raíz aórtica es asimétrica. Esta infraestimación del eco-2D se produce especialmente con la medida del diámetro entre los senos coronario izquierdo y no coronario, no visualizable por eco-2D. En los pacientes con síndrome de Marfan es aconsejable realizar al menos una RM para descartar la presencia de una raíz aórtica asimétrica y confirmar la concordancia del diámetro máximo medido por ambas técnicas.