



Revista Española de Cardiología



6043-387. ¿SON LOS DIÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS DE LA RAÍZ AÓRTICA Y AORTA ASCENDENTE INTERCAMBIABLES SEGÚN LAS GUÍAS PEDIÁTRICAS VS LAS DE ADULTOS?

María Luz Servato, Lucía la Mura, Ángela López Sainz, Rubén Fernández Galera, Eduardo Pereira, Chiara Granato, Gisela Teixido Tura, Laura Gutierrez, Laura Galian Gay, Guillem Casas Masnou, Filipa Valente, M. Teresa González Alujas, José Fernando Rodríguez Palomares y Arturo Evangelista Masip

Unidad de Imagen Cardiovascular-Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El diámetro de la raíz y de la aorta ascendente medidos por ecocardiografía transtorácica (ETT) tiene un valor clínico importante para el diagnóstico de aortopatías genéticas, seguimiento e indicación de cirugía. No obstante, las guías pediátricas y de adultos recomiendan dos formas de medición diferentes, lo que puede tener implicaciones en el seguimiento de los pacientes adolescentes. Este estudio compara los valores de los diámetros aórticos utilizando las últimas recomendaciones de ambas guías para determinar la influencia de esos métodos en las mediciones ecocardiográficas.

Métodos: 250 pacientes adultos (56% hombres, 63 ± 15 años) y 67 niños (65% hombres, $10 \pm 4,5$ años) con indicación de un ETT fueron incluidos. Los diámetros aórticos fueron medidos en dos niveles (senos de Valsalva y aorta ascendente): borde externo a borde interno en tele-diástole (L-L en D) según las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía (ASE) del adulto del 2015 y de borde interno a borde interno en meso-sístole (I-I en S) según las guías ASE pediátricas del 2010.

Resultados: Las diferencias de los diámetros medidos utilizando las dos convenciones en los 317 pacientes mostraron una infraestimación del diámetro I-I en S tanto nivel de la raíz ($-0,31 \pm 0,86$ mm, p 0,001) como a nivel de aorta ascendente tubular ($-0,19 \pm 0,91$ mm, p 0,001). El coeficiente de correlación (CC) fue de 0,990 (IC95% 0,988-0,992) a nivel de la raíz aórtica y 0,991 (IC95% 0,989-0,993) en aorta ascendente en adultos. En la población pediátrica, el CC fue de 0,983 (IC95% 0,975-0,973) y 0,970 (IC95% 0,956-0,952), respectivamente. Cuando ambas poblaciones se analizaron en conjunto, los CC fueron de 0,991 (IC95% 0,989-0,993) y de 0,970 (IC95% 0,991-0,994) respectivamente. El análisis de Bland-Altman de las medidas a cada nivel (A: raíz aórtica; B: aorta ascendente) en la cohorte total, se muestra en la figura.



Conclusiones: Las medidas de la raíz aórtica y de la aorta ascendente mostraron diámetros significativamente mayores por L-L en D que por I-I en S. Sin embargo, estas diferencias son pequeñas. La expansión del diámetro aórtico en sístole tiene un valor similar a la del grosor de la pared aórtica anterior. Aunque el diámetro sistólico puede ser más vulnerable a los cambios hemodinámicos, en situaciones estables la utilización de cualquiera de las dos convenciones no deberían implicar ninguna repercusión en el manejo

clínico.