

Discordancia diagnóstica en la estenosis aórtica de bajo gradiente: ¿cuándo aporta valor la ETE-3D?

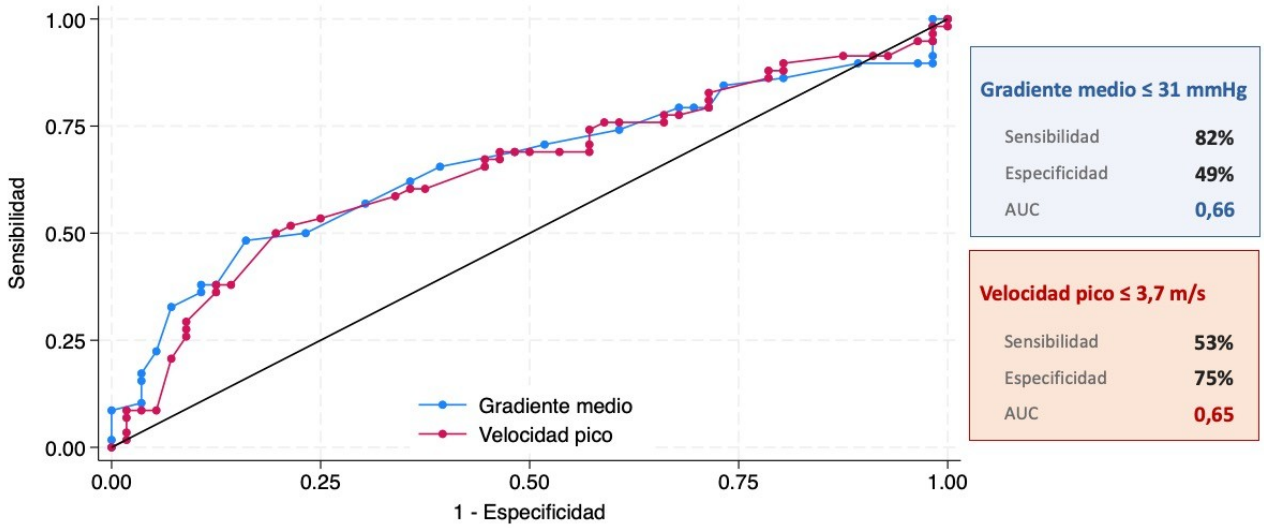
Carmen Labarta Bello(1), Agustina del Valle Ortiz Sansó(1), Gonzalo Martín Ríos(1), Miguel Ángel Martín Arena(1), Gonzalo Acedo Romay(1), Guillermo de la Osa Hernández(1), Carlos Rodríguez Carneiro(1), Adrián Martínez Roca(1), Joaquín Vila García(1), Ana Alonso Ladreda(1), Teresa López Fernández(1), Elena Refoyo Salicio(1), Silvia Cayetana Valbuena(1), José Raúl Moreno Gómez(1) y Gabriela Guzmán Martínez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España

Introducción: En la estenosis aórtica de bajo gradiente (EA-BG), la clasificación de severidad por ecocardiografía transtorácica (ETT) puede ser discordante respecto a la valoración anatómica por ecocardiografía transesofágica tridimensional (ETE-3D), generando incertidumbre diagnóstica y terapéutica. Identificar variables asociadas a esta discordancia permitiría seleccionar mejor a los pacientes que se beneficiarían de ETE-3D. El objetivo fue analizar predictores clínicos y ecocardiográficos de discordancia entre ETT y ETE-3D en pacientes con EA-BG.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de 115 pacientes con EA-BG, definida por gradiente medio entre 20 y 40 mmHg, evaluados mediante ETT y ETE-3D con un intervalo máximo de 6 meses. La severidad se determinó según la valoración integrada del operador reflejada en el informe, basada en el conjunto de parámetros ecocardiográficos recomendados por las guías. Se consideró discordancia a la distinta clasificación de la severidad según ETT y ETE-3D. Se compararon variables clínicas y ecocardiográficas entre pacientes concordantes y discordantes, y se realizaron curvas ROC para las variables asociadas a discordancia.

Resultados: Se observó discordancia diagnóstica en 56 pacientes (48,7%). Los pacientes discordantes presentaron menor gradiente medio (27 vs 30 mmHg; p=0,010), menor velocidad pico sistólica (3,5 vs 3,6 m/s; p=0,03) y mayor AVA-EC (0,92 vs 0,81 cm^2; p=0,012). El volumen sistólico indexado fue numéricamente superior en el grupo discordante, sin alcanzar significación estadística (37 vs 33 ml/m^2; p=0,07). No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, FEVI, relación E/e´promedio, TAPSE, presión pulmonar sistólica estimada, insuficiencia aórtica concomitante ni masa ventricular indexada (tabla 1). El gradiente medio y velocidad pico sistólica mostraron capacidad moderada para predecir discordancia (AUC 0,66 y 0,65 respectivamente). Los puntos de corte óptimos fueron un gradiente medio ?31 mmHg y una velocidad pico sistólica ? 3,7 m/s (figura 1).

Conclusiones: En pacientes con EABG, la discordancia entre ETT y ETE-3D es frecuente y afecta a casi la mitad de los casos. Un gradiente medio ? 31 mmHg o una velocidad pico ? 3,7 m/s se asocian a mayor probabilidad de reclasificación por ETE-3D. Estos parámetros, sencillos y disponibles en la práctica clínica, podrían ayudar a seleccionar a los pacientes en los que la ETE-3D aporta mayor valor diagnóstico.



Curvas ROC para la predicción de discordancia en la clasificación de severidad entre ETT y ETE (n = 115), según el informe del operador. El punto de corte óptimo se determinó mediante el índice de Youden. El área bajo la curva (AUC) cuantifica la capacidad discriminativa. La línea continua representa la clasificación al azar (AUC = 0,50).

Tabla 1. Características ecocardiográficas según concordancia ETT–ETE-3D (n=115)

	Discordantes (n=56)	Concordantes (n=59)	p
Parámetros hemodinámicos y anatómicos de la válvula aórtica			
Gradiente medio (mmHg)	26,7 ± 5,5	29,8 ± 7,0	**0,010***
Velocidad pico sistólica (m/s)	3,48 ± 0,5	3,65 ± 0,6	**0,03***
Relación de integrales tiempo-velocidad	0,26 ± 0,08	0,27 ± 0,12	0,66
AVA-EC por ETT (cm²)	0,92 ± 0,27	0,81 ± 0,21	**0,012***
AVA-3D por ETE (cm²)	0,90 ± 0,24	0,82 ± 0,24	**0,047***
Volumen sistólico indexado (ml/m²)	37,3 ± 12,6	33,4 ± 10,0	0,069†
Otros parámetros ecocardiográficos			
FEVI (%)	57,2 ± 14,0	55,0 ± 12,5	0,374
Relación E/e´ promedio	15,2 ± 7,2	17,4 ± 5,3	0,19
TAPSE (mm)	20,2 ± 5,3	20,4 ± 4,3	0,837
PAPs estimada (mmHg)	39,8 ± 13,6	46,6 ± 13,9	0,064†
Otras características clínicas			
Sexo varón, n (%)	39 (69,6%)	39 (66,1%)	0,836
Insuficiencia aórtica concomitante, n (%)	31 (58,5%)	32 (60,4%)	1,000
Score de Agatston	1.935 ± 1.195	2.606 ± 2.130	**0,041***

Datos continuos: media ± DE. † p < 0,10 (tendencia); * p < 0,05 (significación) . AVA-EC: área valvular por ecuación de continuidad. AVA-3D: planimetría tridimensional. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. IAo: insuficiencia aórtica. TAPSE: Excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo. PAPs: presión arterial pulmonar sistólica.