

Ecocardiografía tridimensional para la detección del remodelado del ventrículo izquierdo en defectos del septo auriculoventricular

María Calvo Asensio(1), Sara Huélamo Montoro(2), Francisco Buendía Fuentes(2), Jorge Llau García(2), Marta Gil Molina(2), María Rodríguez Serrano(2), Ana M. Osa Sáez(2), Luis Martínez Dolz(2), Joaquín Rueda Soriano(2) y Jaume Agüero Ramón-Llin(2) de (1)Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia - España y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia - España

Introducción: La cuantificación del tamaño del ventrículo izquierdo (VI) es clave en el seguimiento de pacientes con defecto septal auriculoventricular (DSAV) y regurgitación auriculoventricular (AV) izquierda. El objetivo fue evaluar el valor añadido de la ecocardiografía tridimensional (3D) para identificar dilatación del VI en pacientes con DSAV.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico con 55 pacientes con DSAV y 55 controles apareados por edad, sexo y superficie corporal (SC).
Se cuantificaron las dimensiones telesistólicas del VI, indexadas por SC: diámetro telesistólico paraesternal indexado (DTSi), volumen telesistólico indexado bidimensional (VTSi-2D), y volumen tridimensional (VTSi-3D) mediante software automatizado (HeartModel, Philips).
La regurgitación de la válvula AV izquierda se clasificó como ausente/leve, moderada o grave, y la dilatación del VI se definió según las recomendaciones de la American Society of Echocardiography (ASE).

Resultados: La edad media fue de 30 años; el 55% eran mujeres y la SC media fue de 1,68 m². La regurgitación valvular fue ausente/leve en 11 casos, moderada en 20 y grave en 24 pacientes.
Las distribuciones del DTSi no mostraron diferencias entre controles y pacientes con DSAV, independientemente de la gravedad de la regurgitación.
En cuanto a los volúmenes, únicamente el VTSi-3D mostró valores similares entre los controles y los pacientes con regurgitación ausente/leve, con incrementos progresivos en los casos de regurgitación moderada y grave (Figura).
Aplicando los puntos de corte de la ASE, se identificó dilatación del VI en 2%, 20% y 78% pacientes con DSAV mediante DTSi, VTSi-2D y VTSi-3D, respectivamente. En el grupo control, ningún paciente presentó dilatación según el DTSi, mientras que el 15% y el 49% cumplieron criterios de dilatación según VTSi-2D y VTSi-3D respectivamente, lo que sugiere una especificidad limitada de los puntos de corte actuales. De acuerdo con nuestros datos, un umbral de VTSi-3D >40–45 ml/m² podría discriminar con mayor precisión la dilatación patológica del VI en pacientes con DSAV.

Conclusiones: En pacientes con DSAV y sobrecarga de volumen, la ecocardiografía 3D permite una identificación más precisa de la dilatación del VI. Los puntos de corte actuales para el VTSi-3D podrían ser demasiado bajos para

detectar de manera específica la dilatación ventricular izquierda.

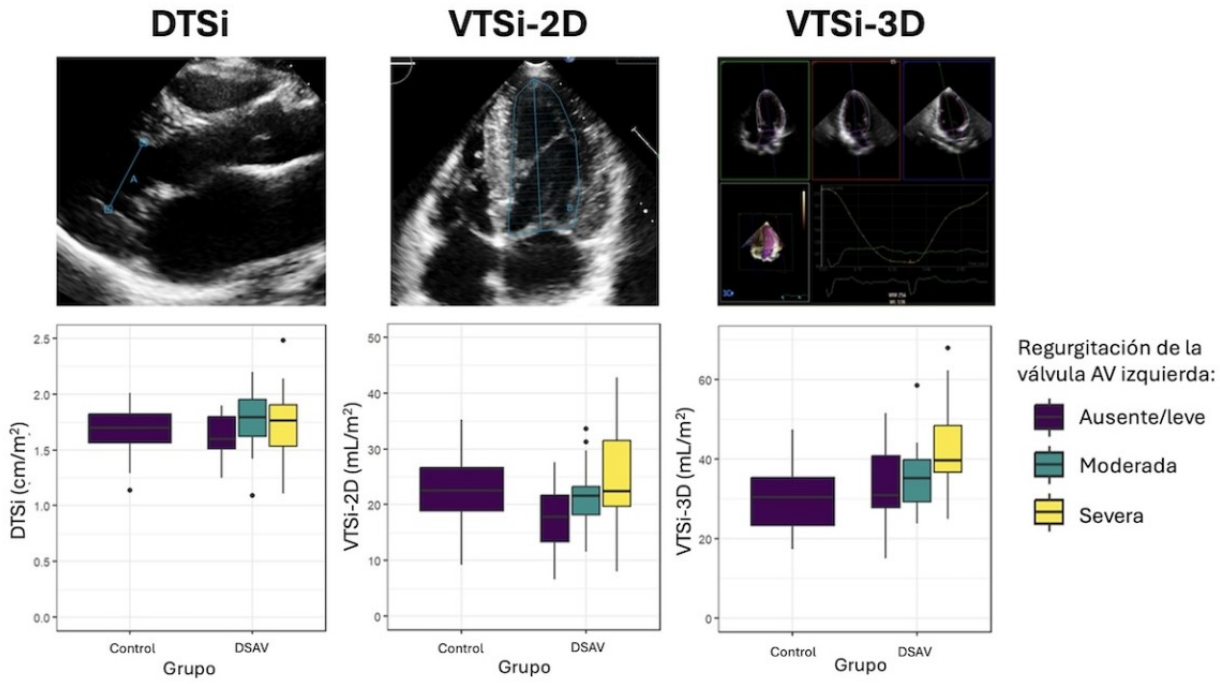


Tabla: Comparativa de los pacientes con criterio de dilatación ventricular izquierda, según el parámetro utilizado.

Parámetro (criterio ASE)	DSAV con dilatación VI	Controles con dilatación VI
DTSi (> 2,2 cm/m^2 en hombres y mujeres)	1/55 (2%)	0
VTSi-2D (>31 mL/m^2 en hombres, > 24 mL/m^2 en mujeres)	11/55 (20%)	8/55 (15%)
VTSi-3D (>32 mL/m^2 en hombres, > 28 mL/m^2 en mujeres)	43/55 (78%)	27/55 (49%)

ASE: American Society of Echocardiography; DSAV: defecto septal auriculoventricular; DTSi: diámetro telesistólico indexado; VI: ventrículo izquierdo; VTSi-2D: volumen telesistólico indexado bidimensional; VTSi-3D: volumen telesistólico indexado tridimensional