



# Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocre



## SAC 2013 – XLVIII Congreso Andaluz de Cardiología

Punta Umbría (Huelva), 16-18 de mayo de 2013

### COMUNICACIONES ORALES I: TÉCNICAS DE IMAGEN

#### 88/38. ECOCARDIOGRAFÍA 3D EN ÚNICO LATIDO CON DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE BORDES FRENTE A ECOCARDIOGRAFÍA 3D CON ADQUISICIÓN EN VARIOS LATIDOS Y DETECCIÓN SEMIAUTOMÁTICA DE BORDES. COMPARACIÓN CON RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

J.M. Rodríguez Rodríguez, J. Acosta Martínez, J.E. López Haldón, D. Rangel Sousa, F. López Pardo, J.M. Sobrino Márquez, E. Lage y A. Martínez Martínez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La ecocardiografía 3D (E3D) es superior a los sistemas 2D en la valoración de los volúmenes y fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo (VI). Este estudio compara con respecto a cardio-resonancia magnética (cRM), en una misma población de sujetos dos sistemas distintos de E3D: E3D en un solo latido con detección automática de bordes endocárdicos (Siemens SC2000; SS) frente a E3D con adquisición en varios latidos y detección semiautomática de bordes endocárdicos (Philips iE33; Ph).

**Material y métodos:** A 19 pacientes remitidos para estudio mediante cRM se les realizó el mismo día E3D con sistema SS y con sistema Ph.

**Resultados:** Los volúmenes y FE medios estimados por cRM fueron: VTD  $211,07 \pm 85,4$  mL, VTS  $119,2 \pm 89,25$  mL, FE  $48,67 \pm 20,07\%$ . La correlación entre la cRM y los dos sistemas de E3D fue excelente para el VTD, VTS y FE (SS rho 0,912, 0,877, 0,974 respectivamente); (Ph rho 0,907, 0,945, 0,951 respectivamente)  $p < 0,0001$  en todas. El análisis mediante Bland-Altman reveló infraestimación de los volúmenes del VI con ambos sistemas de E3D, siendo ésta menor con el sistema SS ( $-40 \pm 50,2$  mL para VTD;  $-16 \pm 44,4$  mL para VTS) vs sistema Ph ( $-82,2 \pm 40,9$  mL para VTD;  $-43 \pm 43,5$  mL para VTS);  $p 0,001$ . El cálculo de la FE fue igualmente exacto con ambos sistemas de E3D.

**Conclusiones:** La E3D infraestima los volúmenes del VI. Esta infraestimación es menor con el sistema de adquisición en un único latido y detección automática de bordes.

#### 88/81. RENTABILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

N. Bolívar Herrera, A.D. Sánchez Espino, J.C. Bonaque González, G. Merchán Ortega, M.J. Aguado Martín, F. Navarro García, M.F. Ruiz López, F. Ramos Perales, J.J. Macancela Quiñónez y M. Gómez Recio

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Introducción y objetivos:** Se recomienda la realización de un ecocardiograma en pacientes con sospecha clínica de endocarditis infecciosa (EI). Se evaluó la rentabilidad diagnóstica del ecocardiograma en función de los predictores clínicos clásicos para EI.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo que incluyó 108 pacientes remitidos al Laboratorio de Ecocardiografía con sospecha clínica de EI. Se registró la presencia vegetaciones y de predictores clínicos clásicos (fenómenos embólicos; hemocultivos típicos positivos; accesos venosos centrales, valvulopatías significativas y/o prótesis valvular; y uso de drogas intravenosas). La realización de ecocardiograma transesofágico fue a criterio de su médico responsable y/o ecocardiografista.

**Resultados:** Se observaron vegetaciones en diez pacientes (9,2%). Un 51% de los pacientes presentó al menos un predictor clínico clásico para EI, observándose vegetaciones en el 16,4%. Por el contrario, únicamente se observaron vegetaciones en el 1,88% de los pacientes sin predictores clínicos clásicos ( $p = 0,016$ ). En el análisis univariado, la presencia de algún predictor clínico clásico se asoció con incremento del riesgo de 10 veces para la presencia de vegetaciones (HR = 10,17; IC95%, 1,24-83,89;  $p = 0,031$ ). En el análisis multivariado, el hemocultivo típico positivo fue el predictor más potente asociado con vegetaciones (HR = 15,96; IC95%, 2,51-101,44;  $p = 0,003$ ). La ausencia de estos cinco predictores clínicos clásicos tuvo un valor predictivo negativo del 96%.

**Conclusiones:** La presencia de predictores clínicos clásicos se asocia con un alto riesgo de vegetaciones en el ecocardiograma, siendo el hemocultivo positivo típico el predictor independiente más potente. Por el contrario, el ecocardiograma parece tener baja rentabilidad diagnóstica en la subpoblación de pacientes sin predictores.

### 88/106. VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA DE ESFUERZO NEGATIVO EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INGRESADO POR DOLOR TORÁCICO DE RIESGO INTERMEDIO-BAJO

G. Merchán Ortega, J.J. Macancela Quiñones, J.C. Bonaque González, N. Bolívar Herrera, R. Ferrer López, M.J. Aguado Martín, F. Navarro García, F. Ramos Perales, F. Ruiz López y M. Gómez Recio

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Introducción y objetivos:** El objetivo de este estudio fue evaluar los eventos cardiovasculares durante el seguimiento, en pacientes ingresados por dolor torácico de riesgo intermedio-bajo y ecocardiograma de esfuerzo negativo.

**Material y métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva 154 pacientes ingresados en cardiología de un hospital terciario por dolor torácico de riesgo intermedio-bajo y con ecocardiograma de esfuerzo negativo durante el ingreso. Se registraron los eventos cardiovasculares mayores (muerte, infarto de miocardio no fatal y angina con necesidad de revascularización) durante el seguimiento.

**Resultados:** La edad media de la población estudiada fue  $60 \pm 13$  años, 58% hombres. Un 26% presentaban diabetes mellitus y un 32% cardiopatía isquémica crónica (CIC). Durante un seguimiento medio de  $13 \pm 1$  meses, solo el 1% de la población presentó eventos cardiovasculares mayores. Ninguno de los factores de riesgo cardiovascular estudiados [edad ( $p = 0,281$ ), hipertensión ( $p = 0,630$ ), tabaquismo ( $p = 0,655$ ), diabetes mellitus ( $p = 0,720$ ), dislipemia ( $p = 0,595$ ), sexo masculino ( $p = 0,588$ ), CIC ( $p = 0,689$ )], se asoció de forma significativa con la presencia de eventos mayores durante el seguimiento en el análisis univariado. El ecocardiograma de esfuerzo negativo mostró una buena capacidad discriminativa para predecir eventos cardiovasculares durante el seguimiento (área bajo la curva ROC: 0,84, IC95%: 0,720-0,969;  $p < 0,001$ ), con una sensibilidad del 89%, y un valor predictivo negativo del 99%.

**Conclusiones:** El valor del ecocardiograma de esfuerzo negativo en los pacientes ingresados por dolor torácico intermedio-bajo parece aportar información pronóstica más allá del evento agudo, sugiriendo una excelente capacidad para predecir eventos cardiovasculares mayores durante el seguimiento a largo plazo.

### 88/134. PRESENCIA DE CAPTACIÓN TARDÍA DE CONTRASTE Y PERFIL GENÉTICO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA FAMILIAR

C. Canca, J.M. García Pinilla, E. Rueda Calle, J. Robledo Carmona, L. Morcillo Hidalgo, A. Ruiz Salas, F. Cabrera Bueno, J.J. Gómez Doblas y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción y objetivos:** La presencia de captación tardía de contraste (CTC) en la RMN de pacientes con miocardiopatías familiares (MF) es un hallazgo variable y podría relacionarse con la heterogeneidad genética de estas patologías. Nuestro objetivo fue valorar la existencia de CTC en pacientes con diferentes MF

y compararla en base a la presencia de distintos perfiles genéticos.

**Material y métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Se analizaron 78 casos índice con diagnóstico de MF, seguidos en Consulta Monográfica de Miocardiopatías entre 2008-2013. Se recogieron variables clínico-epidemiológicas y de imagen, comparándose la presencia de CTC según el tipo de MF y la proteína mutada.

**Resultados:** El 48% presentó miocardiopatía hipertrófica, el 38% miocardiopatía dilatada, el 9% arritmogénica y el 5% no compactada. En el 49% se identificó una mutación causal (MYBPC3 25,6%, MYH7 14,5%, TNNT2 2,2%, LMNA 1,8% y otras 6,1%). En el 19,3% se evidenció la presencia de CTC (hipertrófica 14%, dilatada 4,7%, arritmogénica 0,6%, no compactada 0%,  $p = 0,01$ ). La miocardiopatía hipertrófica se asoció de manera independiente con la presencia de CTC ( $p = 0,01$ ). No encontramos diferencias en cuanto a la existencia de CTC en base a la presencia de distintas mutaciones: MYBPC3 2,8%, MYH7 2%, TNNT2 0,4%, resto 1,2%,  $p = 0,58$ ).

**Conclusiones:** 1. La presencia de CTC en pacientes con MF fue infrecuente. 2. La Miocardiopatía hipertrófica se identificó como predictor independiente de CTC. 3. No se encontraron diferencias en la presencia de CTC respecto al perfil genético.

### 88/152. VALOR PREDICTIVO DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS CLÁSICOS Y EMERGENTES DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR DERECHA EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE PERCUTÁNEO DE LA VÁLVULA AÓRTICA

M. Martín Hidalgo, F. Carrasco Ávalos, T. Seoane García, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, S. Ojeda Pineda, J. Segura, J. Suárez de Lezo Cruz-Conde y M. Pan

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El papel de la función ventricular derecha (FVR) en la supervivencia a largo plazo de los pacientes con estenosis aórtica severa tratados con implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI), ha sido poco estudiada. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la FVR mediante parámetros ecocardiográficos clásicos y emergentes en la supervivencia a largo plazo tras TAVI con prótesis Corevalve autoexpandible.

**Material y métodos:** Estudio ecocardiográfico completo en 36 pacientes tratados con TAVI de enero-2009 a septiembre-2010. RVF se cuantificó por: excursión del plano anular tricuspídeo (Modo M, M-TAPSE y speckle tracking, TAPSE-speckle), la velocidad sistólica del anillo tricuspídeo (Doppler tisular, S 'DTI) y strain longitudinal de pared libre del ventrículo derecho (speckle, RVLS) así como presión sistólica de la arteria pulmonar (doppler ultrasonido, PASP) Se evaluó la asociación entre la supervivencia a largo plazo y dichas variables mediante análisis univariante y multivariante.

**Resultados:** Edad media de muestra:  $76 \pm 7$  años (50% mujeres). Media de fracción de eyección (LV):  $63 \pm 14\%$ . Seguimiento:  $2,5 \pm 1$  año, 10 pacientes fallecieron (28%). Probabilidad de supervivencia a 1, 2 y 3 años fue de 89%, 77% y 74%. En el análisis univariante, TAPSE-M, RVLS y PASP se relacionaron con la supervivencia. La PASP fue el único predictor independiente de supervivencia después de un análisis multivariante (HR 1,22, IC95% 1,70-1,40,  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** En esta serie de pacientes con estenosis aórtica severa tratados con TAVI con una LV preservada, la PASP fue el único parámetro ecocardiográfico que predice de forma independiente la supervivencia.

### 88/193. ¿QUÉ PARÁMETROS DE CARDIORRESONANCIA SON MÁS ÚTILES PARA PREDECIR LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN EN LA COARTACIÓN DE AORTA?

A. Hernández Caballero<sup>1</sup>, B. Igual Muñoz<sup>2</sup>, J. Estornell Erill<sup>2</sup>, A. Maceira González<sup>2</sup>, D. Domingo Valero<sup>2</sup> y F. Valera Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>ERESA y Hospital La Fe. Valencia.

**Introducción y objetivos:** La cardiiorresonancia magnética (CRM) se ha convertido en la prueba no invasiva de referencia para la valoración de la coartación de aorta (CoA). El objetivo fue valorar cuál de los parámetros utilizados en CRM es más útil para predecir la necesidad de intervención sobre la CoA.

**Material y métodos:** Seleccionamos pacientes (p) con CoA y realizamos un seguimiento mediante revisión de la historia clínica. Excluimos pacientes con otras patologías aórticas.

Analizamos los siguientes parámetros: velocidad y gradiente máximo (Vmax, Gmax), diámetro mínimo indexado por la superficie corporal (DMINi), estenosis relativa (ER = diámetro de la aorta descendente a nivel del diafragma - diámetro mínimo/diámetro aorta descendente × 100) y porcentaje de incremento de flujo (IQ) en aorta descendente respecto a la aorta precoartación.

**Resultados:** 80 p seleccionados, 9 excluidos, 5 por patología concomitante y 4 por pérdida de seguimiento. 36p (50%) tenían coartación nativa y 20p precisaron tratamiento (en 13 fue quirúrgico). Se asociaron significativamente a la necesidad de actuación: 1. IQ mayor o igual al 15% con una S: 84% y E: 95% (ABC: 0,89 p < 0,001). 2. ER mayor o igual al 48% con una S: 81% E: 75% (ABC: 0,83 p < 0,001) y 3. DMINi ≥ 7 mm/cm<sup>2</sup> que produce la ausencia de tratamiento (ABC: 0,71 p = 0,01).

**Conclusiones:** La presencia de un patrón de flujo patológico en aorta descendente (IQ ≥ 15%) es el parámetro de CRM que predice con mayor eficacia la necesidad de intervención sobre una coartación de aorta significativa.