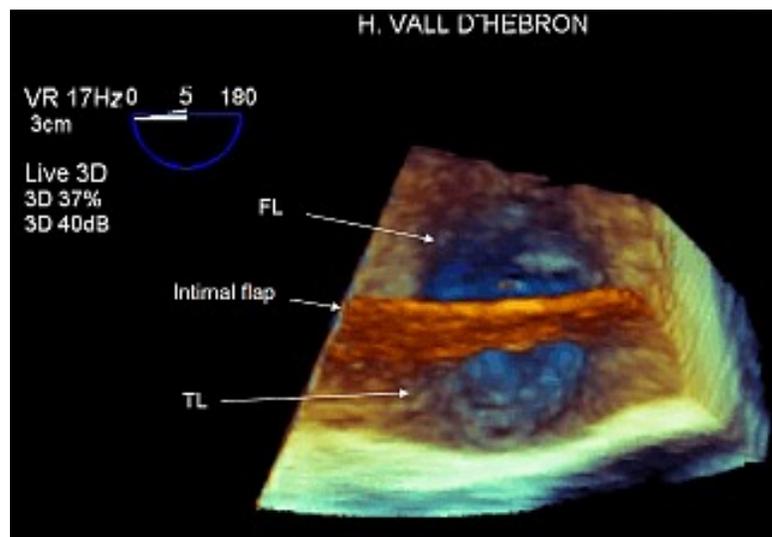


02/2012

Un método más preciso para el diagnóstico de la disección aórtica



La disección aórtica es una enfermedad vascular en la que se rasga la pared de la aorta y que tiene una elevada mortalidad. Determinar las variables que caracterizan la disección (localización, extensión, dimensiones ...) condiciona el tratamiento de los pacientes y su evolución por lo que es importante disponer de unas buenas herramientas de diagnóstico. Los métodos tradicionales presentan todos la misma precisión pero se usan diferencialmente en función de la fase de la enfermedad o lo que se quiera observar. Recientemente, se ha desarrollado la ecocardiografía transesofágica tridimensional que permite obtener una mayor precisión anatómica en las 3 dimensiones del espacio, cuyo papel en esta enfermedad no había sido validado. Investigadores del Hospital Universitario Vall d'Hebron han comparado sus resultados con los de los métodos tradicionales.

La disección aórtica es una enfermedad vascular determinada por el desgarro de la pared aórtica y con una elevada mortalidad. Este desgarro da lugar a una puerta de entrada de flujo y

determina la presencia de dos luces de circulación en la aorta: la verdadera luz por donde circula el flujo que proviene de la válvula aórtica y la falsa luz por donde circula el flujo que entra por la puerta de entrada. El tratamiento de los pacientes y su evolución viene determinada por diferentes variables: localización de la disección, extensión, dimensiones y localización de la puerta de entrada y la hemodinamia de flujos de las diferentes luces.

La resonancia magnética (RM), la tomografía computarizada (TC) y la ecocardiografía transesofágica (ETE) presentan la misma precisión en el diagnóstico de disección aórtica. En la fase aguda de la enfermedad, y como consecuencia de su mayor disponibilidad, la TC es la técnica más usada en el diagnóstico de la disección. Sin embargo, la ETE es mejor que la TC a la hora de proporcionar información de la hemodinamia de los flujos y mejor que la resonancia a la hora de determinar las dimensiones y la localización de la puerta de entrada. Además, en los últimos años se ha desarrollado la ecocardiografía transesofágica tridimensional (ETE-3D) que permite obtener una mayor precisión anatómica en las 3 dimensiones del espacio. Sin embargo, el papel de la ETE-3D en la disección aórtica no había sido validado.

Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio fue determinar el papel de la ETE-3D en comparación a la ETE bidimensional en un grupo de 26 pacientes con el diagnóstico de disección de aorta crónica. Los resultados obtenidos mediante ecocardiografía fueron comparados con los obtenidos por TC.

El ETE-3D identificó la verdadera luz de la disección en todos los casos siendo superior a la ETE que no identificó la verdadera luz de manera correcta en 3 casos en que la disección presentaba una distribución espiroidales. El diámetro máximo de la puerta de entrada medida por ETE-3D presentó una mejor correlación con TC que la obtenida por ETE (0.96 y 0.87, $p < 0.001$, respectivamente). El ETE fue infraestimar el diámetro de la puerta de entrada comparado con TC (-1.75 ± 28.03 mm, $p < 0.01$) y no la ETE-3D (-0.20 ± 1.92 mm, p : ns). El área de la puerta de entrada medida por ETE-3D y TC mostraron la mejor correlación (r : 0.97) y acuerdo ($0.05 \pm 12:20$ cm², p : ns).

Por lo tanto, la ETE tridimensional proporciona información adicional a la ETE bidimensional en pacientes con disección aórtica, particularmente en la cuantificación de la puerta de entrada. Además, la ETE-3D permite una mejor caracterización morfológica y dinámica de la disección cuando la distribución del flap no es uniforme sino espiroidal.

Artur Evangelista

arturevangelistamasip@gmail.com

Referencias

"Usefulness of real-time three-dimensional transoesophageal echocardiography in the assessment of chronic aortic dissection". Artur Evangelista, Rio Aguilar, Hug Cuellar, Martin Thomas, Ana Laynez, Jose Rodríguez-Palomares, Patricia Mahía, Teresa González-Alujas, and David García-Dorado. Eur J Echocardiogr (2011) 12 (4): 272-277. doi: 10.1093/ejechocard/jeq191

[View low-bandwidth version](#)