

Prevalencia de foramen oval permeable diagnosticado mediante ecocardiografía transesofágica en pacientes de edad igual o mayor que 55 años con ictus criptogénico. ¿Es diferente que en pacientes jóvenes?

Dolores Mesa^a, Martín Ruiz^a, Mónica Delgado^a, José Suárez de Lezo^a, Manuel Pan^a, Ignacio Tejero^a, Daniel García^a, Manuel Crespín^a, Carmen León^a, Francisco Toledano^a, Francisco Mazuelos^a, Juan J. Ochoa^b y Enrique Bescansa^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

^bServicio de Neurología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción y objetivos. El propósito de este estudio es analizar la relación entre foramen oval permeable e ictus criptogénico en pacientes de edad ≥ 55 años.

Métodos. Se estudió de forma prospectiva la presencia de foramen oval permeable y aneurisma del septo interauricular en 262 pacientes consecutivos con diagnóstico de probable ictus criptogénico mediante ecocardiografía transesofágica. Comparamos los datos de 44 pacientes de edad ≥ 55 años con ictus criptogénico (grupo A de estudio) con otros 2 grupos: 194 menores de 55 años con ictus criptogénico (grupo B) y 24 de un grupo control de 55 años o más con ictus de origen conocido (ateromatosis aórtica de grado II-III) (grupo C).

Resultados. La frecuencia de foramen oval permeable fue similar en el grupo A y B (el 38 frente al 36%; $p = 0,85$) y significativamente mayor que en el grupo C (el 38 frente al 8%; $p = 0,029$). La frecuencia de foramen oval permeable más aneurisma del septo interauricular concomitante fue más alta en el grupo de estudio (A) que en el grupo control (C) (el 18% frente a 0; $p = 0,039$) y más alta, pero sin significación, que en el grupo B (el 18 frente al 11%; $p = 0,11$).

Conclusiones. La frecuencia de foramen oval permeable, tanto aislado como con aneurisma del septo interauricular, es similar en pacientes con ictus criptogénico de edad ≥ 55 años y en aquellos menores de 55 años, y más alta que en los pacientes con 55 años o más con ictus de origen arteriosclerótico. Estos datos indican que la embolia paradójica parece ser el mecanismo del ictus en ambos grupos de pacientes.

Palabras clave: Ictus criptogénico. Ecocardiografía transesofágica. Foramen oval permeable. Ateromatosis aórtica.

Prevalence of Patent Foramen Ovale Determined by Transesophageal Echocardiography in Patients With Cryptogenic Stroke Aged 55 Years or Older. Same as Younger Patients?

Introduction and objectives. To investigate the relationship between patent foramen ovale and cryptogenic stroke in patients aged ≥ 55 years.

Methods. This prospective study determined the presence of patent foramen ovale and atrial septal aneurysm using transesophageal echocardiography in 262 consecutive patients with a diagnosis of probable cryptogenic stroke. Data from 44 patients aged ≥ 55 years with cryptogenic stroke (Group A) were compared with those from two other groups: 194 patients aged < 55 years with cryptogenic stroke (Group B) and 24 control patients aged ≥ 55 years with stroke of known origin, namely grade III-V aortic atheromatosis (Group C).

Results. The frequency of patent foramen ovale in Group A was similar to that in Group B (38% vs. 36%; $P = .85$) but significantly higher than that in Group C (38% vs. 8%; $P = .029$). The frequency of patent foramen ovale with concomitant atrial septal aneurysm was significantly higher in the study group (Group A) than in the control Group C (18% vs. 0; $P = .039$) and non-significantly higher than in Group B (18% vs. 11%; $P = .11$).

Conclusions. The frequency of patent foramen ovale alone or in association with atrial septal aneurysm in patients with cryptogenic stroke aged ≥ 55 years was similar to that in those aged < 55 years, but higher than that in patients aged ≥ 55 years with stroke of atherosclerotic origin. These data suggest that paradoxical embolism could be a cause of stroke in both age groups.

Key words: Cryptogenic stroke. Transesophageal echocardiography. Patent foramen ovale. Aortic atheromatosis.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

Correspondencia: Dra. D. Mesa Rubio.
Ctra. de las Ermitas, 65. 14012 Córdoba. España.
Correo electrónico: dmesar@ya.com

Recibido el 30 de mayo de 2009.
Aceptado para su publicación el 25 de noviembre de 2009.

ABREVIATURAS

ASA: aneurisma del septo interauricular.
ETE: ecocardiografía transesofágica.
ETT: ecocardiografía transtorácica.
FOP: foramen oval permeable.

INTRODUCCIÓN

Muchos estudios han demostrado la relación entre foramen oval permeable (FOP), solo o asociado a aneurisma del septo interauricular, e ictus criptogénico en pacientes jóvenes¹⁻⁴. Sin embargo, hasta hace poco, sólo algunas series habían estudiado esta relación en pacientes de mayor edad^{2,5-7} y con resultados contradictorios. Dos estudios recientes muestran la relación entre anomalías del septo interauricular e ictus criptogénico en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, en uno de ellos⁸, una parte de los pacientes podría no tener ictus criptogénico, al no utilizarse la ecocardiografía transesofágica (ETE) de forma sistemática para descartar otras causas del ictus, como la enfermedad arteriosclerótica del arco aórtico⁹⁻¹¹. En el otro estudio¹², el FOP aislado no fue más frecuente en el grupo de pacientes mayores con ictus criptogénico que en aquellos con causa conocida, aunque sí la asociación de FOP y aneurisma del septo interauricular (ASA).

Por ello, el objetivo de este trabajo es estudiar, mediante ETE, la prevalencia del FOP en pacientes mayores (55 años o más) con ictus criptogénico, en comparación con los menores de 55 años.

MÉTODOS

Desde enero de 2000 hasta mayo de 2008, se estudió de forma prospectiva a todos los pacientes ingresados en el servicio de neurología, con edad > 14 años y diagnóstico de ictus, en los que, tras un estudio completo, no se llegó a identificar una causa.

Se catalogó como ictus: accidente cerebrovascular (déficit neurológico focal de inicio brusco que persiste total o parcialmente más de 24 h entre los pacientes que sobreviven) o accidente isquémico transitorio (déficit neurológico focal de inicio brusco y que se resuelve totalmente en las primeras 24 h). Para la clasificación etiológica del ictus se utilizaron los criterios recomendados por el Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología¹³ similares a la clasificación TOAST¹⁴, que incluye cinco tipos etiológicos según los datos clínicos y los resultados de las técnicas diagnósticas, uno de los cuales es el ictus de causa desconocida o incierta.

El protocolo de estudio consistía en:

– Estudio básico sistemático. Se realizó a todos los pacientes una historia clínica detallada y un estudio etiológico completo que incluía radiografía de tórax, electrocardiograma, estudio Holter si se sospechaban arritmias supraventriculares, técnicas de imagen cerebral (tomografía computarizada [TC] y/o resonancia magnética [RM] cerebral), estudio de troncos supra-aórticos y arterias intracraneales (con Doppler de troncos supraaórticos y/o angio-TC y/o angio-RM cerebral), y estudio hematológico para descartar estados de hipercoagulabilidad.

– Estudio cardiológico. Éste incluyó ecocardiografía transtorácica (ETT), que se realizó siempre que se sospechara causa cardioembólica o no se encontrara otra causa en el estudio etiológico previo, y si era normal o no concluyente, se solicitaba examen ecocardiográfico transesofágico con estudio de FOP y ateromatosis aórtica. Los registros ecocardiográficos se realizaron con un ecocardiógrafo Acuson® Sequoia con sonda transtorácica multifrecuencia de 2,5-5 MHz y segundo armónico y con sonda transesofágica multiplano multifrecuencia de 3,5-7 MHz.

En el estudio transesofágico se investigó, en todos los casos, la presencia de una causa de ictus con especial atención a: anatomía del septo interauricular, estudio del FOP, valoración de la aorta y posibles ateromas en ésta, pequeñas tumoraciones o excrecencias en valvas o tabiques, ecocontraste espontáneo y trombos en aurícula u orejuela izquierda.

Se valoró la anatomía del septo interauricular, y se definió aneurisma del septo interauricular cuando la suma de la excursión total de éste dentro de la aurícula izquierda, la aurícula derecha o la suma de ambas era de 11 mm o mayor¹⁵.

Para el estudio del FOP se realizó una inyección por vía venosa braquial de suero estéril con gela fundina al 4%. En todos los estudios se realizaron inyecciones en reposo y tras la maniobra de Valsalva.

El criterio utilizado para el diagnóstico de FOP fue la visualización del paso de microburbujas (tres o más) a la aurícula izquierda dentro de los primeros tres latidos tras su llegada a la aurícula derecha, tanto en reposo como tras la maniobra de Valsalva. Un ecocardiografista experto realizó la cuantificación del paso derecha-izquierda contando el número de microburbujas; se diagnosticó de leve cuando el número de microburbujas era < 20 en un ciclo y amplio si se observaron 20 o más microburbujas en un ciclo (fig.1). Se valoró además el tamaño del FOP midiendo en reposo y en el plano vertical la máxima apertura entre *septum primum* y *secundum*.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3014134>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3014134>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)