



40 ANIVERSARIO

CardioIMAGEN 22 ONLINE

40º CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE IMAGEN CARDIACA. SEC

2 - 4 DE MARZO DE 2022 • SEVILLA



Resumen de Cadiolmagen 22

Resumen de la 1ª Jornada.

En la primera jornada del congreso Cadiolmagen 22, la Dra. Chiara Bucciarelli, CEO de la Society for Cardiovascular Magnetic Resonance ha destacado que *"... la resonancia magnética de estrés está revolucionando el diagnóstico no invasivo de los pacientes con sospecha clínica de angina"*. Es un método realmente eficaz y que evita la realización de procedimientos invasivos en muchos pacientes.

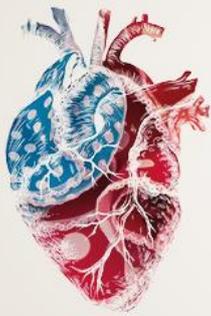
En el intervencionismo estructural, el Dr. José María Hernández, vicepresidente de la SISIAC ha reivindicado el papel de la eco-fusión para optimizar el procedimiento de cierre de orejuela izquierda. En estos procedimientos, la impresión de las orejuelas en 3D permite planificar el desarrollo posterior del cierre, según el Dr. Moustafa, del Hospital Sant Pau de Barcelona. *"La fusión de imágenes no solo mejora los resultados de cierre de orejuela, también mejora los resultados del implante de TAVI y cierre de CIA, además de facilitar los procedimientos más complejos como la reparación mitral o el cierre de leak periprotésico"*, añade el Dr. Manuel Barreiro, del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

El Dr. Jiménez Borreguero, presidente de la Asociación de Imagen Cardíaca ha resaltado el valor pronóstico de la fibrosis del miocardio en la estenosis e insuficiencia valvular aórticas. En este sentido, *"la CRM continúa aportando evidencias que confirman el valor pronóstico de la caracterización tisular del miocardio en las valvulopatías"*

En la sesión del panel de expertos se insistió en que MINOCA no debería ser un diagnóstico final, ya que con CRM e imagen intravascular se diagnostica correctamente la mayoría de los casos.

En las sesiones QCQ e imagen avanzada (Aplicación clínica de las técnicas de Imagen) se destacaron los avances más recientes en ecocardiografía de fusión, ecocardiografía 3D y se destacó la importancia de la planificación de los flujos de trabajo en las unidades de imagen.

La sesión de miocardiopatías se centró en las claves para el diagnóstico precoz y para el seguimiento de pacientes con enfermedades raras como la enfermedad de Fabry y la Amiloidosis cardíaca. *"Para sospechar hay que pensar en amiloidosis cardíaca con septo IV > 12 mm + Red Flag"* destaca la Dra. Rocío Eiros, del Hospital Universitario de Salamanca.



Resumen de la 2ª Jornada

La Dra. Victoria Delgado, del Hospital Germans Trias i Pujol de Barcelona, abre la sesión de insuficiencia cardiaca y concluye que *“la principal novedad de las últimas guías clínicas de IC pone el énfasis en la imagen multimodal para contestar las siguientes preguntas: 1º, fenotipar el tipo de IC basado en la FEVI, 2º, definir la etiología y 3º, dar lugar a una terapia mejor dirigida”*. El Dr. Ignacio Iglesias, del Hospital de León, ha remarcado que *“está cambiando el diagnóstico de IC con FEVI preservada por el aporte continuo de nuevas herramientas y nuevos criterios diagnósticos. En cuanto al tratamiento, aunque hay fármacos con evidente beneficio clínico, no existe aún un abordaje racional fisiopatológico”*. La Dra. Nieves Romero, del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, ha señalado que en pacientes con Covid persistente *“parece que hay mejor pronóstico a largo plazo, cuando las pruebas de imagen son normales”*.

En las QCQ de intervencionismo estructural se ha recalado que *“es esencial compartir el lenguaje de orientación espacial con los hemodinamistas en el tratamiento borde a borde mitral y tricúspide”*. *“Los dispositivos Mitraclip han mejorado mucho, permitiendo el abordaje de válvulas más complejas”*, afirma la Dra. Carmen Garrote, del Hospital de León. La Dra. Vanesa Moñivas, del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, recomienda que *“para comenzar un programa de Triclip se deben seleccionar pacientes con gap menor de 7 mm”*.

Los Drs. Pedro Li y Eduardo Pozo, del Hospital Sant Pau de Barcelona y del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, han concluido que *“Tricvalve es una terapia paliativa eficaz para el control de los síntomas de la IT. El ETE y el CT son claves para valorar las opciones de implante y para planificar el mismo”*

También se ha resaltado que, además de los avances tecnológicos en Cardio-TC y ETE 3D, *“las estaciones de postprocesado semiautomático tienen enorme importancia para optimizar el trabajo”*.

La Dra. Sara Castaño, del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera, incide en que *“El uso de contraste ecocardiográfico es esencial en los hospitales que no tienen acceso a CRM ni cateterismo”*. El Dr. Alejandro Ruiz Majoral, del Hospital de Bellvitge, ha demostrado casos difíciles en los que el contraste ecocardiográfico ha sido la clave para el diagnóstico.

En la valoración del riesgo cardioembólico por FA, el Dr. Alberto Cecconi, del Hospital de la Princesa de Madrid ha puesto el foco en el ictus criptogénico: *“la valoración integral de la edad, NT-ProBNP y strain auricular permite identificar los pacientes con riesgo de FA subyacente”*. En la ablación de FA *“la imagen cardiaca con ETT y CT es imprescindible en la valoración del paciente pre-ablación de venas pulmonares, al realizar el procedimiento, en la valoración de complicaciones y para evaluar el resultado del procedimiento”* afirma Leopoldo de Pérez de Isla, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

El Dr. José Luis Moya, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid afirma que *“las técnicas de imagen son métodos sofisticados para predecir el riesgo isquémico y, sin embargo, las guías clínicas le dedican poco espacio”*. El Dr. Leopoldo Pérez de Isla, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, recomienda utilizar técnicas de imagen *“cuando con criterios clínicos hay dudas sobre el manejo del paciente”*. En este sentido, la Dra. Beatriz López Melgar, del Hospital de La Princesa de Madrid, puntualiza que *“en prevención primaria, un score de calcio coronario > 1000 identifica individuos con riesgo similar al estudio Fourier, que son pacientes con infarto de miocardio de muy alto riesgo”*.

Para terminar la jornada se presentaron casos difíciles de infecciones endovasculares que generaron un dialogo muy productivo. La Dra. Teresa González-Alujas, del Hospital Val d'Hebron de Barcelona, puntualizó que para el diagnóstico de endocarditis: *“debemos tener cautela cuando las técnicas de imagen muestren resultados antagónicos. La alta sensibilidad del PET no implica una alta exactitud diagnóstica”*.



Resumen de la 3ª Jornada

En hipertensión arterial pulmonar, la Dra. Marinela Chaparro, del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, destaca que *“Es muy importante hacer un diagnóstico precoz de los pacientes con HAP para iniciar el tratamiento lo antes posible”* y *“para lo cual debemos pensar en ella al hacer cualquier ecocardiograma mediante una valoración multiparamétrica”*. La Dra. Carmen Jiménez López-Guarch, del Hospital 12 de Octubre de Madrid, añade que *“La estratificación de riesgo HAP exige el uso de scores de riesgo que incluyen: función del VD, remodelado y valoración hemodinámica del VD no invasiva”*.

En patología de aorta no sindrómica, en que no se haya identificado el gen responsable, las guías no especifican cómo abordar el seguimiento de los familiares. El Dr. Arturo Evangelista, del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, afirma que en el 50% de las aortopatías no sindrómicas no se identifica gen, y puntualiza que *“si hay una historia familiar clara, hago un TAC o RM y si es normal, lo repito a los 5 años, aunque no tenga genética positiva. Al ecocardiograma se le pueden escapar dilataciones de aorta en los puntos ciegos”*.

El Dr. Jesús Peteiro, del Hospital de La Coruña, afirma que *“la ecocardiografía de ejercicio es la primera técnica a utilizar en el paciente con dolor torácico”*. El Dr. José Juan Gómez de Diego, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, concluye que *“la indicación de CT coronario anatómico está creciendo significativamente”* y *“la valoración funcional con CT aún debe demostrar su utilidad en la práctica clínica diaria”*.

“El uso apropiado del contraste ecocardiográfico en pacientes seleccionados es coste-efectivo” puntualiza el Dr. Pedro Azcarate, del Hospital San Pedro de Logroño.

En cuanto a la utilidad de las técnicas de imagen en el paciente crítico, el Dr. Jaume Agüero, del Hospital La Fe de Valencia, señala que *“la ecocardiografía permite valorar el riesgo de disfunción de VD post implante de asistencias ventriculares”*. El Dr. Miguel Llano Cardenal, del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, añade que *“El ecocardiograma permite guiar el implante de asistencias ventriculares para identificar la posición de las cánulas y diagnosticar complicaciones post implante tipo descarga, insuficiencia de VI, movilización de las cánulas, perforación y trombos”*. *“En las asistencias definitivas permite identificar el ápex, la posición de la cánula y diagnosticar complicaciones post implante”*

Ante los múltiples retos de la consulta de los pacientes deportistas, la Dra. Araceli Boraita afirma que *“Si a un paciente deportista con FEVI en el límite inferior normal y sin otros hallazgos, le haces un ecocardiograma de ejercicio y mejora, te puedes quedar tranquilo ...”*

El Dr. Valentín Fuster, en su Conferencia Magistral de clausura de CardioImagen 22, ha destacado el eminente papel que va a tener en esta década la Imagenómica para el abordaje de la aterosclerosis subclínica. Ha explicado detalladamente los resultados de sus investigaciones, destacando los nuevos conceptos del desarrollo de aterosclerosis desde las edades tempranas hasta el desarrollo de enfermedad coronaria y de la enfermedad del cerebro como el Alzheimer.

El Comité Organizador de CardioImagen 22