



6018-11. RELACIONES ANATÓMICAS ENTRE EL ESÓFAGO Y LA PARED AURICULAR POSTERIOR: IMAGEN 3D MULTIMODAL PRE- E INTRAPROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Beatriz Jáuregui Garrido, Cheryl Terés Castillo, David Soto Iglesias, Diego Penela Maceda, Alfredo Chauca Tapia, Augusto Ordóñez España, José Miguel Carreño Lineros, Claudia Scherer, Giulio Falasconi, Marina Huguet Pañella, Guillermo Oller Martínez, Alejandro Panaro, Julio Carballo Garrido, José Tomás Ortiz Pérez y Antonio Berrueto Sánchez

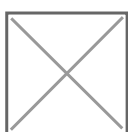
Centro Médico Teknon, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento de venas pulmonares (AVP) durante la ablación de FA implica obligatoriamente realizar ablación en la pared posterior de la aurícula izquierda (PPAI), que está en íntima relación con el esófago y puede dar lugar a complicaciones potencialmente graves.

Métodos: Se comparó la posición esofágica en dos grupos: Primero, las imágenes de TAC preprimoablación y pre-REDO (grupo REDO) se segmentaron con el *software* ADAS3D para comparar la posición esofágica y la «huella» de la distancia aurículo-esofágica (fig. A). En segundo lugar, se compararon 3 modalidades de imagen en el mismo procedimiento (grupo multiimagen): i) TAC preprocedimiento; ii) fluoroscopia intra-procedimiento obtenida con la sonda de ETE en 3 proyecciones; y iii) mapa anatómico (FAM) del esófago posablación (fig. D). La correlación 3D de la posición adquirida con diferentes técnicas se calculó en Matlab mediante análisis de segmentación semiautomático.

Resultados: Hubo 35 pacientes en el grupo REDO, con una edad media 61 ± 10 años, 17 (65%) varones, FEVI media $57 \pm 7\%$, diámetro medio de la AI 43 ± 5 mm, la mediana de tiempo desde la ablación anterior (y entre adquisiciones de TAC) fue de 6 meses (3-9). La distancia atrioesofágica media para ambas TAC fue de $1,2 \pm 0,6$ mm. La trayectoria esofágica relacionada con la PPAI fue izquierda en 20 (57%) pacientes, central en 6 (18%), derecha en 3 (9%) pacientes, izquierda-central en 4 (11%) pacientes y central-derecha en 2 (5%). Hubo una correlación del $91 \pm 5\%$ en la posición esofágica por TAC entre la primoablación y el REDO. El grupo multiimagen estuvo compuesto por 100 pacientes, con una edad media 61 ± 10 años, 17 (65%) varones, FEVI media $56 \pm 7\%$, diámetro AI medio 39 ± 6 mm. La trayectoria esofágica relacionada con la PPAI fue izquierda en 55 (55%) pacientes, central en 23 (23%), derecha en 9 (9%), izquierda-central en 8 (8%) y central-derecha en 5 (5%). La correlación TAC-fluoroscopia fue $82 \pm 10\%$ (fig. B); TAC-FAM $80 \pm 12\%$ (fig. B); y FAM-fluoroscopia $83 \pm 15\%$ (fig. C).



1. A) Comparación de la posición esofágica por TAC entre primoablación (gris) y REDO (color); B) TAC-fluoroscopia; C) fluoroscopia-FAM; y D) imagen superpuesta del esófago observada con las 3 técnicas diferentes.

Conclusiones: Existe una alta estabilidad de la posición esofágica entre distintos procedimientos y entre el inicio y el final de un mismo procedimiento de ablación de FA. Esta observación podría ser clínicamente útil, teniendo en cuenta la «huella» de la distancia del esófago a la PPAI medida en TAC para modular la administración de RF en las zonas críticas.