



6004-88. APORTACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA A LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Haritz Arrizabalaga Arostegi, M^a Fe Arcocha Torres, Ainhoa Rubio Ereño, Larraitz Gaztañaga Arantzamendi, Estíbaliz Zamarreño Golvano, José Miguel Ormaetxe Merodio y Jesús Daniel Martínez Alday del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar del crecimiento del número de implantes de dispositivos para la terapia de resincronización cardiaca (TRC) aún quedan grandes retos técnicos por mejorar. El conocimiento de la distribución venosa coronaria antes del primoimplante en pacientes seleccionados, así como el de la localización de los electrodos a la hora de plantear nuevos procedimientos sobre aquellos dispositivos ya implantados, constituyen situaciones clínicas cruciales cada vez más frecuentes. Su manejo puede ser más adecuado gracias a la información anatómica aportada por la tomografía computarizada (TC) o escáner cardiaco.

Métodos: Se analizaron 13 pacientes que fueron sometidos a TC cardiaca por diferentes motivos: 1) 4 pacientes antes del primoimplante por ser considerados clínicamente frágiles o inestables con la necesidad de acortar al máximo el procedimiento; 2) 5 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica para valorar la presencia de escara en la región diana para el implante del electrodo del ventrículo izquierdo (VI) lo que obligaría a descartar la vena tributaria; 3) 4 pacientes (2 de ellos con electrodo epicárdico sobre VI) por no presentar respuesta a la TRC de cara a plantear un nuevo procedimiento para la reubicación del cable del VI.

Resultados: En todos los pacientes analizados se pudo visualizar de forma adecuada la red coronaria venosa (con énfasis en la cara lateral) y en aquellos en los que previamente se había implantado un dispositivo de TRC, la localización de los electrodos. De los 5 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, 2 presentaban clara escara en la cara lateral, descartándose la implantación en su vena asociada y permitiendo elegir otra vena próxima en 3 de ellos. De los 4 pacientes que no habían mostrado respuesta a la TRC se objetivó que los 2 portadores de electrodos epicárdicos sobre VI presentaban una localización anterior de los mismos (en vez de lateral) y los otros 2 evidenciaban la dislocación del electrodo del VI. En todos los pacientes posteriormente sometidos a la implantación o recolocación de electrodos se logró canalizar la vena diana previamente visualizada por el escáner.

Conclusiones: El conocimiento de la anatomía venosa coronaria puede resultar de utilidad para guiar el procedimiento del implante (ya sea primoimplante o reimplante), ahorrar tiempo y evitar complicaciones.