Rev Esp Cardiol. 2010;63 Supl 3: 205

Revista Española de Cardiología

6020-40. EXPERIENCIA INICIAL EN ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA 3D EN TIEMPO REAL

Ana García Bellot, Ricardo Vivancos Delgado, José Manuel Sánchez Calle, Ana M.ª González González, Manuel de Mora Martín, Servicio de Cardiología del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: Evaluar la metodología inicial para la obtención de imágenes transesofágicas tridimensionales en tiempo real (T3DTR).

Métodos: Se incluyen los primeros 30 pacientes a los que se les realizó T3DTR con sonda X7-2. Se recogió: edad, sexo, ritmo, indicación, estudio, dosis de midazolam, tolerancia, número de “zoom 3D”, volúmenes completos, eficacia de las capturas, aportación a la imagen, y aportación al diagnóstico. Las indicaciones más frecuentes son: endocarditis 26 %, fuente de émbolos 23 %, insuficiencia aórtica 16 %, insuficiencia mitral 13 %, estudio tabique interauricular 1,6 %.

Resultados: Duración media: 14,5 minutos, frente a 9,5 de nuestros 100 primeros ETE multiplano; dosis media de midazolam de 4,5 mg frente a 3,1 mg de nuestros primeros 100 ETE multiplano. La tolerancia fue buena en el 100 %, no teniendo que interrumpirse ningún estudio. Pudimos visualizar con live 3D y zoom 3D la válvula mitral en el 73 %, la aórtica en el 84 % el tabique interatrial en el 60 % y válvula tricúspide en el 46 %. Realizamos un total de 120 capturas de volúmenes completos (VC) y pudimos visualizar bien la válvula mitral en el 90 %, hubo que desechar un 35 % de las capturas por calidad subóptima. Se capturó 34 VC de Doppler color que no contribuyó al análisis de la severidad de regurgitaciones pero sí mostró la distribución espacial inicial de los chorros en todos los casos. La iconografía mejoró en todos los estudios pero sólo hubo dos aportaciones diagnósticas decisivas (6 %), en una endocarditis sobre catéter y en el mecanismo de una regurgitación mitral.

Conclusiones: La T3DTR es una técnica que requiere un aprendizaje importante incluso para expertos en ETE. La duración de los estudios es mayor y requiere más sedación. La riqueza iconográfica es genérica y en algunos casos existe aportación adicional al diagnóstico bidimensional. La calidad de la captura inicial es fundamental para poder tratar las imágenes a posteriori.