



4003-2. EL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO 3D EN TIEMPO REAL (ETE3DTR) EN LA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON DEHISCENCIAS PARAVALVULARES MITRALES

Antonio Arribas Jiménez, Soraya Merchán Gómez, Alberto Iscar Galán, Ana Martín García, Félix Nieto Ballester, Ignacio Cruz González, Almudena Amor Salamanca y Cándido Martín Luengo del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Resumen

Introducción: Las dehiscencias paravalvulares son una complicación entre 2-15% de pacientes (P) con prótesis mitrales, que producen insuficiencia con repercusión clínica. Clásicamente se ha venido utilizando el ETE2D para su evaluación, pero las limitaciones en definir las características de las mismas y la aparición del ETE3DTR ha cambiado la actitud diagnóstica y terapéutica a en estos pacientes.

Objetivos: Analizar los datos que aporta el ETE3DTR en la valoración de P con prótesis mitral y dehiscencia paravalvular o sospecha de la misma.

Métodos: A todos los P (N = 34) con sospecha clínica/ETT de dehiscencia paravalvular mitral desde junio 2012-abril 2013 se les realizó ETE 2D y ETE3DTR. Se analizan las características demográficas, tipo de prótesis, características de las dehiscencias (número, tamaño, localización, forma) gravedad de la regurgitación paravalvular y la actitud terapéutica seguida según los hallazgos.

Resultados: En 26 pacientes (53% varones- 47% mujeres con edad media de 65 (36-81) años) se objetivaron dehiscencias paravalvulares. Todos tenían prótesis mecánica (92% bidisco y 8% monodisco). En el 23% se había realizado previamente más de una cirugía valvular y en el 19% un cierre percutáneo. Se objetivaron 37 orificios de dehiscencias periprotésicas, que producían insuficiencia mitral grave en el 65%, moderada en el 23% y leve en el 12%. El 27% tenían más de una dehiscencia y el 12% tenían tres. El tamaño medio del orificio de la dehiscencia fue de 9 (3-36) mm de largo por 4,4 (2-10) mm de ancho y un área de 46 (15-211) mm². La localización fue: septal en el 35%, posterior en el 14%, lateral en el 32% y anterior en el 19%. No hubo concordancia en la localización entre el ETE2D y el ETE3DR en el 38%. La forma fue semilunar en el 8%, ovalada en el 54%, circular en el 35% y muy irregular en el 3%. Se decidió tratamiento médico en el 35%, quirúrgico en el 15% y cierre percutáneo en el 50% teniendo en este grupo de pacientes buen resultado (reducción de la insuficiencia en al menos dos grados sin complicaciones) en el 76% y subóptimo en el 24%.

Conclusiones: Precisar el tamaño, la forma y el número de las dehiscencias paravalvulares mitrales es esencialmente imposible de hacer con el ETE2DE, mientras que es fácil con el ETE3DTR. Por tanto el ETE3DTR es indispensable en la valoración de estos pacientes y permite el tratamiento eficaz y seguro de esta patología de forma percutánea.