



5016-2. UTILIDAD DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DE IMAGEN CARDIACA *EX VIVO* PARA LA CORRELACIÓN DE LA MEDIDA DEL GROSOR PARIETAL CON LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

Raquel López Vilella¹, Begoña Igual Muñoz², Rosa Camacho Santos³, Diana Domingo Valero¹, Alicia Maceira González², Raúl Sánchez Jurado², Luis Martínez Dolz¹ y Esther Zorio Grima¹ del ¹Hospital Universitario La Fe, Valencia, ²Centro Médico ERESA, Valencia e ³Instituto de Medicina Legal y Forense, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La imagen cardiaca *ex vivo* con cardiorresonancia (CRM) y tomografía axial computarizada (TAC) constituye una nueva tecnología que podría ser de gran ayuda a la autopsia convencional dada su capacidad de valorar con detalle estructural la totalidad de la víscera cardiaca (no solo las zonas seleccionadas en los bloques para histología). La validación de la imagen *ex vivo* con los hallazgos de autopsia supone un hito fundamental en el desarrollo e implementación de esta técnica. Aquí abordamos una primera validación, la de la medida de grosores de pared.

Métodos: Analizamos el espesor de los 15 segmentos cardiacos con imágenes de CRM (modelo bidimensional 2D con ejes cortos a nivel basal, medio y apical) y TAC (modelo tridimensional 3D con reconstrucciones multiplanares manuales para seleccionar el nivel adecuado) obtenidas en corazones íntegros explantados de pacientes fallecidos por muerte súbita cardiaca, antes de su estudio histológico. A continuación y de forma ciega, se realizaron las mediciones dentro el estudio macroscópico autóptico (EMA) del corazón. Se incluyeron 11 corazones para el estudio con CRM y EMA, y una selección al azar de 4 de esos casos para el estudio con TAC. Las medidas tomadas con EMA se compararon con las obtenidas con CRM y TAC con el paquete SPSS 20.0 (T de muestras apareadas).

Resultados: Se obtuvieron 165 medidas del EMA y CRM así como 45 medidas por TAC. En 6/15 segmentos se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre la CRM y el EMA, con medidas siempre superiores en la RMN entre 2,3 y 4,4 mm de media, correspondiendo el 83% de ellos a segmentos localizados a nivel medio y apical. Por el contrario, no se obtuvieron diferencias significativas al comparar los segmentos estudiados por TAC y EMA, con diferencias de $0,67 \pm 2,2$ mm. No se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre las medidas con CRM y EMA ni con TAC y EMA.

Conclusiones: 1. La evaluación del grosor miocárdico mediante CRM sobreestima sistemáticamente la medida respecto al EMA. 2. La evaluación del grosor miocárdico mediante TAC carece de error sistemático.

FEDER “Union Europea, Una forma de hacer Europa”, RD12/0042/0029, PI14/01477; beca ERESA 2013.