



## 4005-6. COMPARACIÓN DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA 2D, 3D Y TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN LA VALORACIÓN PREVIA AL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA

María Jesús García Sánchez, Manuel Barreiro Pérez, Antonio Arribas Jiménez, Ana Martín García, Elena Díaz Peláez, Juan Carlos Rama Merchán, Ignacio Cruz González y Pedro Luis Sánchez Fernández del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El cierre percutáneo de orejuela auricular izquierda (OAI) se ha establecido como un tratamiento eficaz en pacientes con alto riesgo embólico y hemorrágico como alternativa a la anticoagulación. El éxito del procedimiento se relaciona con una correcta selección de dispositivo ocluser. Nuestro objetivo fue comparar las dimensiones obtenidas por ecocardiografía transesofágica (ETE) 2D, 3D y tomografía computarizada (TC) respecto al dispositivo utilizado.

**Métodos:** Se analizaron todos los casos de pacientes seleccionados para cierre percutáneo de OAI entre agosto-2015/abril-2016 con ambas técnicas (Philips Epiq-7 y Philips iCT-256). Se recogieron medidas en proyección medioesofágica 2D (0°, 45°, 90° y 135°), 3D y TC (reconstrucción multiplanar). Se compararon diámetros en landing zone, forma y presencia de trombo en OAI. El dispositivo fue seleccionado por un cardiólogo intervencionista, *proctor* en esta técnica.

**Resultados:** Se seleccionaron 22 pacientes (81,8% varones,  $77 \pm 9$  años). Se implantaron 9 dispositivos Amulet, 8 Watchman, 3 Flex y 2 ACP. El tamaño medio del dispositivo fue  $26,8 \pm 4$  mm. El ETE no pudo definir la forma de OAI en el 27,3% de los casos. En el resto, no hubo diferencias significativas en la forma entre ambas técnicas. Ningún paciente presentaba trombo en OAI con ETE o TC. Se describió flujo lento en OAI el 40,9% de los TC (defecto en fase arterial y no en fase venosa) frente al 18,2% por ETE (ecocontraste espontáneo),  $p 0,133$ . El mayor diámetro por ETE 2D fue  $20,8 \pm 3,4$  mm, ETE 3D  $21,6 \pm 2,6$  mm (2D frente a 3D  $p 0,108$ ), y TC  $23,9 \pm 3,5$  mm (TC frente a 2D  $p 0,001$ ; TC frente a 3D  $p 0,001$ ). La comparación entre las diferentes técnicas y el diámetro medio aconsejado en las especificaciones de cada dispositivo se muestran en la tabla. La menor diferencia entre el diámetro del dispositivo y los distintos diámetros por TC fue el diámetro medio (diferencia 0,51 mm,  $p$ -valor 0,363).

| Comparación técnicas y diámetro medio aconsejado |                                                       |               |                                             |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|
| Diámetro (mm)                                    | Diferencia diámetro medio dispositivo implantado (mm) | Test de t (p) | Intervalo de confianza 95% de la diferencia |
| ETE-2D, mayor                                    | 2,36                                                  | 0,002         | 0,98-3,74                                   |

|                    |      |       |            |
|--------------------|------|-------|------------|
| ETE-3D, mayor      | 1,59 | 0,015 | 0,34-2,83  |
| TC, diámetro medio | 0,51 | 0,363 | -0,63-1,66 |

**Conclusiones:** El TC es una herramienta útil en la valoración previa al cierre de OAI. En nuestra serie permitió descartar trombo y definir la anatomía en la totalidad de los pacientes. Los diámetros por TC fueron significativamente mayores respecto ETE 2D y 3D. La menor diferencia entre landing zone y el diámetro del dispositivo implantado, fue el diámetro medio por TC.