



## 11. SEGUIMIENTO DEL CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDO MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ESPECTRAL

Alejandra González Leal<sup>1</sup>, Paola Ramos Cano<sup>1</sup>, Ana García Martín<sup>1</sup>, Luisa Salido Tahoces<sup>1</sup>, Juan Manuel Monteagudo Ruiz<sup>1</sup>, Ana Pardo Sanz<sup>1</sup>, Pablo Martínez Vives<sup>1</sup>, Rocío Hinojar Baydes<sup>1</sup>, Eduardo Casas Rojo<sup>1</sup>, José Julio Jiménez Nácher<sup>1</sup>, Covadonga Fernández-Golfín Lobán<sup>1</sup>, Ángeles Fernández Méndez<sup>2</sup>, Javier Alarcón Rodríguez<sup>2</sup>, Ángel Sánchez Recalde<sup>1</sup> y José Luis Zamorano Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España y <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (OI) se ha convertido en una opción terapéutica para prevenir eventos cardioembólicos en algunos pacientes. La imagen cardiaca es fundamental en la valoración previa y durante el implante del dispositivo, sin embargo, el papel que juega en el seguimiento para determinar la posición de este y la presencia o no de permeabilidad no está suficientemente estandarizado. El objetivo de este estudio es valorar mediante tomografía computarizada multidetector (TCMD) convencional (Unidades Hounsfield) la posición del dispositivo y permeabilidad de este, y establecer la correlación de estos hallazgos con los obtenidos mediante el análisis de los datos espectrales.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les implantó un dispositivo de cierre de OI en el período comprendido entre julio de 2019 hasta octubre de 2022 y que posteriormente fueron seguidos mediante realización de TC cardiaco. Se evaluó la permeabilidad de la OI mediante la presencia de contraste en su interior, cuantificado por UH (> 100 UH en su interior o un cociente de UH entre OI y aurícula izquierda (AI) > 0,25) y posteriormente se analizó la densidad de yodo mediante datos espectrales.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 21 pacientes (37,8% mujeres, edad media  $73,6 \pm 9,5$ ). La mediana de tiempo al TC fue de 15,2 meses (RIC 10,3-24,8). Prácticamente la totalidad de los dispositivos (95,5%) estaban normoposicionados. En 8 casos (38,1%) no se logró el cierre completo la OI, quedando algún lóbulo por cubrir. Un total de 37 pacientes (82,2%) presentaba alguno de los criterios de permeabilidad clásicos previamente mencionados. Se analizó la densidad de yodo en AI y punta de OI (tabla). Mediante la realización de una curva ROC se obtuvo que valores en OI > 2,6 mg/dl indican permeabilidad de esta con una sensibilidad de 100%.

Valores medios de UH y densidad de yodo medidas en AI y OI de pacientes agrupados según permeabilidad de OI siguiendo los criterios previamente mencionados

UH  $\pm$  DE

Densidad de Yodo (mg/Dl)  $\pm$  DE

AI no permeable	366,25 ( $\pm$ 74,8)	16,47 ( $\pm$ 4,21)
OI no permeable	54,0 ( $\pm$ 21,6)	0,07 ( $\pm$ 0,05)
Ratio UH OI/AI no permeable	15%	
AI permeable	337,62 ( $\pm$ 105,9)	14,4 ( $\pm$ 5,7)
OI permeable	213,7 ( $\pm$ 104,1)	6,6 ( $\pm$ 3,3)
Ratio OI/AI permeable	67%	

AI: aurícula izquierda; OI: orejuela izquierda; UH: Unidades Hounsfield.



*Imágenes de TC convencional y espectral en paciente con y sin OI permeable.*

**Conclusiones:** Cierta grado permeabilidad en la OI tras su cierre es un hallazgo frecuente en el seguimiento realizado por TC cardiaco. El análisis de los datos espectrales basados en la densidad de yodo puede ser de utilidad empleando en un único valor para su diagnóstico.