



## 6020-26. ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA TRIDIMENSIONAL EN LOS SÍNDROMES AÓRTICOS: UNA VISIÓN ANATÓMICA MÁS SENCILLA

Francisco Javier Domínguez Melcón, Elena Refoyo Salicio, Sergio García de Blas, Diego Iglesias, Teresa López Fernández, Isabel Antorrena, Marta Mateos, Mar Moreno Yangüela, Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Uno de los pilares fundamentales en el diagnóstico y seguimiento de los síndromes aórticos (SA) es la ecocardiografía transesofágica (ETE-2D). El propósito de este trabajo es analizar la utilidad y el papel que puede desempeñar la ecocardiografía transesofágica tridimensional (ETE-3D).

**Métodos:** Se han evaluado las características anatómicas y relaciones espaciales de los diferentes SA; comparando las medidas obtenidas por ETE-2D y ETE-3D en el tamaño del diámetro mayor aórtico, la puerta de entrada en las disecciones y el orificio en las rupturas aórticas.

**Resultados:** Entre enero del 2008 y febrero del 2010 se han realizado simultáneamente en nuestra institución una ETE-2D y ETE 3D (adquisición en tiempo real, volumen completo y reconstrucciones multiplanares) a 15 pacientes (pt), 13 hombres y 2 mujeres, con una edad media de  $64 \pm 15$  años. La forma de presentarse fue aguda en 9 pt. Hubo 6 disecciones aórticas (4 tipo A y 2 tipo B), 3 hematomas intramurales (1 tipo A y 2 tipo B), 2 úlceras ateromatosas perforantes, 3 rupturas aórticas (2 postquirúrgicas y una traumática) y un aneurisma aterosclerótico. Las medidas del diámetro aórtico obtenido por ETE-2D eran ligeramente superiores que las halladas por ETE-3D:  $49,8 \pm 15$  mm vs  $46,8 \pm 13$  mm. El tamaño de la puerta de entrada por ETE-3D fue superior:  $24,2 \pm 10$  mm vs  $11,8 \pm 4$  mm; al igual que en las rupturas aórticas independientemente de la causa,  $19,8 \pm 10$  mm vs  $15 \pm 6$  mm respecto a las obtenidas por ETE-2D.

**Conclusiones:** ETE-3D permite una mejor valoración y compresión de la compleja y variable anatomía de los síndromes aórticos. Las diferencias existentes se deben a una mejor alineación con los ejes aórticos al usar tres planos perpendiculares y reconstruir imágenes planares frontales a la lesión.