



4050-7. ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FUGAS PERIPROTÉSICAS MITRALES

Bruno Bocharo Villanueva, Rafael Payá Serrano, Pilar García González, José Leandro Pérez Boscá, Andrés Cubillos Arango, Óscar Fabregat Andrés, Alberto Berenguer Jofresa y Elena Lucas Inarejos del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La regurgitación periprotésica mitral es un reto diagnóstico y terapéutico en los pacientes intervenidos de sustitución valvular mitral. La finalidad del presente estudio es analizar la aportación de la ETE tridimensional en tiempo real (3DTR) en el diagnóstico y tratamiento de las fugas periprotésicas mitrales.

Métodos: Hemos estudiado 11 pacientes (p) (9 mujeres, $66 \pm 14,2$ años, 7 prótesis mecánicas) con sospecha de fuga periprotésica mitral significativa en estudio transtorácico. Con ETE 2D se analizó: número de fugas, localización (4 cuadrantes), área de orificio regurgitante efectivo (ORE) por flujo de convergencia proximal. Con ETE 3DTR se analizaron los mismos parámetros y la planimetría del área del ORE y sus diámetros (D) mayor y menor mediante reconstrucción multiplanar (MPR). El índice de esfericidad (IE) se obtuvo mediante el cociente: D mayor/D menor.

Resultados: Hubo coincidencia en la localización de la fuga en todos los casos con las dos técnicas. El área del ORE con ETE 2D no se pudo calcular en dos pacientes, mientras que sí fue posible en todos los casos con ETE 3DTR, siendo superior a la calculada con ETE 2D ($0,20 \pm 0,11 \text{ cm}^2$ vs $0,15 \pm 0,07$; p 0,01). Los D mayor y menor fueron de $7,2 \pm 1,4$ mm y $3,8 \pm 0,8$ mm. En todos los pacientes el índice de esfericidad fue superior a 1,5. En 3 pacientes se practicó cierre percutáneo de la fuga y su D mayor fue utilizado para la elección del tamaño del dispositivo.

Conclusiones: La ETE 3DTR permitió en todos los pacientes la cuantificación del área del ORE de la fuga periprotésica mitral siendo superior a la estimada por ETE 2D. En todos los casos mostró un orificio no circular, lo que podría explicar las diferencias entre ambos métodos. Las dimensiones del ORE sólo pudieron ser determinadas con ETE 3DTR por lo que esta técnica es imprescindible para su cierre percutáneo.