



6057-366. MODELIZACIÓN 3D, ¿TIENE CABIDA HOY EN DÍA EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?

Rocío Eiros Bachiller¹, Roberto Voces Sánchez², Javier López², Cristian Herrera Flores¹, María Elena Arnáiz García², Soraya Merchán Gómez¹, Clara Pérez³, Ainhoa Gandiaga Mandiola⁴, Rubén García³, Ana Martín García¹, Rosana López Jiménez¹, Jesús Rodríguez Nieto⁵, Javier Mañlo Seco¹, Alberto Iscar Galán¹ y Pedro Luis Sánchez Fernández¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ²Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ³Hospital Universitario de Cruces, Bilbao (Vizcaya), España, ⁴Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao (Vizcaya), España y ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La intervención quirúrgica de la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) es una cirugía poco común y con una importante variabilidad individual. El acceso y la visión de las zonas objetivo suelen ser muy limitados; el límite entre la inocuidad y la agresividad de la miomectomía es en ocasiones difuso. Todo ello hace que la modelización 3D(3DM) tome relevancia, para la planificación y práctica de la intervención. En este trabajo se pretende estudiar la utilidad de los 3DM para predefinir el espesor de resección y la necesidad de acceder a las porciones distales del ventrículo según el lugar de obstrucción.

Métodos: En los pacientes candidatos a miomectomía se adquirió una tomografía axial cardiaca. Con las fases diastólicas se realizó una reconstrucción volumétrica que incluyera espesor de pared, músculos papilares (MP), tracto de salida con comisuras aórticas y raíz aortica hasta unión sinotubular. El primer modelo (modelo A, figura A) estaba formado por 2 porciones cortadas en vista de eje largo; se realizaron marcas cada centímetro desde el anillo aórtico hasta el ápex para saber a qué distancia de la válvula aórtica se debía realizar la resección. En un segundo modelo (modelo B, figura A) se imprimía el ventrículo en 3 porciones, cortadas en vista de eje corto. Este modelo nos informaba de la profundidad que se puede realizar en la miectomía en los diferentes niveles.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes. La miectomía (figura B) se realizó sobre septo interventricular en el 100% de los pacientes, sobre pared anterior en un 22% y pared inferior en 9%. En un 65% se trataron los MP (figura C): mediante afeitado en un 13%, resección de músculos accesorios en un 20%, liberación del MP anterior en un 67% y posterior en un 33%. La posición de MP *in vivo* fue similar a la información 3DM, únicamente hubo discordancia en los cordones accesorios, en la vida real eran más gruesos que en el 3DM. En el seguimiento ningún paciente presentaba gradiente intraventricular significativo ni comunicaciones interventriculares.

Conclusiones: Los modelos en 3D adquieren especial relevancia en ciertas y circunscritas patologías, una de ellas es la MHO. Gracias a los 3DM se realiza una planificación cuidadosa del abordaje quirúrgico lo cual conlleva a un mayor éxito del procedimiento y menores complicaciones de las descritas en la literatura.