



## 6061-386. ANATOMÍA DE LA OREJUELA IZQUIERDA: CUANTIFICACIÓN DEL GROSOR DE LA PARED DE LA OREJUELA

Mauricio Sebastian Urgiles Ortiz<sup>1</sup>, Etel Silva García<sup>1</sup>, Andrés Francisco García Gámez<sup>2</sup>, Juan Carlos García Benítez<sup>2</sup>, Alejandro Pérez Martín<sup>2</sup>, Sebastián Mariscal Vázquez<sup>1</sup>, Manuel Jesús Tey Aguilera<sup>1</sup>, Juan Ignacio Lubian Esplugues<sup>1</sup>, Carlos González Guerrero<sup>1</sup>, César Jiménez Méndez<sup>1</sup>, Ana Pérez Asensio<sup>1</sup>, Alberto Villar Ruiz<sup>1</sup>, José Antonio Panera de la Mano<sup>1</sup>, Marina García García<sup>1</sup> y Livia Gheorghe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La orejuela izquierda (OI) es una estructura anatómica que se extiende en la cara lateral de la aurícula izquierda, caracterizada por un cuello y uno o múltiples lóbulos. Los dispositivos de cierre se anclan típicamente a nivel del cuello. Las fugas peri-dispositivo durante el cierre de la OI tienen diferentes mecanismos y el grosor y la rigidez de la pared de la misma pueden estar involucrados. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la viabilidad de utilizar una nueva herramienta, basada en tomografía computarizada cardíaca (TCC), para la medición del grosor de la pared de la OI.

**Métodos:** En quince pacientes, diez con antecedentes de fibrilación auricular sometidos a cierre de la OI y cinco sin cardiopatía estructural, se adquirió un TCC sincronizado con el ECG al 75% del ciclo RR para capturar el volumen máximo de la aurícula izquierda. Utilizando el *software* ADAS 3D (Adas 3D Medical S.L., Barcelona, España), se segmentó la OI en 2 estructuras: el cuello y los lóbulos. El grosor del cuello se analizó utilizando una nueva herramienta que permite la medición del grosor de la pared miocárdica y también puede ser aplicable para la OI. El grosor se representó utilizando un sistema de codificación de colores (rojo 4 mm) (figura).

**Resultados:** Entre los 15 pacientes analizados, aquellos que se sometieron al cierre de la OI fueron significativamente mayores, más hipertensos y diabéticos con una historia media de fibrilación auricular de  $7,1 \pm 3,2$  años (tabla). Analizando un total de  $681 \pm 177$  puntos por paciente, el grosor medio de la pared del cuello en el grupo control fue significativamente mayor que en el grupo que se sometió al cierre de la OI ( $1,29 \pm 0,61$  mm vs  $1,18 \pm 0,49$  mm,  $p$  0,001).

Características basales y grosor de la OI			
	Cierre de OI (N = 10)	Control (N = 5)	p
Edad (años)	$65 \pm 12$	$30 \pm 3$	

HTA	7 (60%)	0 (0%)	
DM-II	4 (30%)	0 (0%)	
Grosor de cuello (mm, Q1; Q2; Q3)	1,18 ± 0,49 (0,83; 1,15;1,5)	1,29 ± 0,61 (0,85;1,24;1,68)	p 0,001



*Representación de grosor de orejuela izquierda.*

**Conclusiones:** Mediante la utilización de un *software* de cuantificación de grosor miocárdico, se ha probado la viabilidad de la medición del grosor de la pared de la orejuela izquierda. Una vez demostrado el concepto, se requieren más estudios con mayor tamaño muestral para determinar las implicaciones clínicas del grosor de la OI en la optimización de los resultados de los procedimientos de cierre.