



5028-3. MÁS ALLÁ DEL ALINEAMIENTO COMISURAL DURANTE EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS AÓRTICAS: EL ALINEAMIENTO CORONARIO

Alfredo Redondo Diéguez, Carlos Baladrón Zorita, Manuel Carrasco-Moraleja, Sandra Santos Martínez, José Raúl Delgado Arana, Teresa Sevilla Ruiz, Ana M. Serrador Frutos, Hipólito Gutiérrez, Cristina Ybarra Falcón, Mario García Gómez, Ana Revilla Orodea, Alberto Campo Prieto, José Alberto San Román Calvar e Ignacio J. Amat Santos

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La orientación de las neocomisuras (NC) no se considera en el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI). Recientemente han surgido técnicas para realizar el alineamiento comisural (ACom) en el TAVI. La ventaja principal es evitar el solapamiento coronario (SC) facilitando el re acceso coronario y disminuyendo el riesgo de oclusión coronaria en caso de *valve-in-valve*, puesto que la técnica BASILICA solo es útil si no hay SC. La excentricidad de los ostia coronarios (ExC) y el Angulo entre el origen de los ostia coronarios (AEC) pueden favorecer el SC pese a realizar un implante con ACom. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de un implante orientado a maximizar la distancia de las NC con las arterias coronarias (ACor) comparado con un implante ACom.

Métodos: Se incluyeron 107 pacientes referidos a TAVI en nuestro centro. En el angioTC pre-TAVI, en una reconstrucción perpendicular al anillo aórtico, se identificó la posición de las comisuras y de la arteria coronaria derecha (CD) e izquierda (CI), tomando como referencia la CD. Orientado al efecto del BASILICA (óptimo si el ostium coronario está en el centro del velo y menor hacia las comisuras), se definieron 3 estratos de SC: no SC (ángulo de NC a ostia coronario $> 35^\circ$), SC moderado (SCm) ($> 20- 35^\circ$) y SC grave (SCs) ($< 20^\circ$). En cada caso se implantó una válvula virtual con ACom y con ACor de forma automatizada y se determinó el grado de SC.

Resultados: 7 pacientes fueron excluidos por mala calidad del CT o válvula aórtica bicúspide. La CD presentó un mayor grado de ExC media vs la CI ($18,5^\circ \pm 7,2$ vs $8,7^\circ \pm 11,2$). El AEC medio fue de $140,0^\circ \pm 18,7$. 32/100 pacientes presentaron SC moderado-grave (SCm-s), siendo en 5 casos SCs, pese al implante Acom. Una mayor ExC se asoció con un mayor riesgo de SC m-s en el implante ACom (AUC 0,97, IC95% 0,91-0,99); un punto de corte para ExC $> 24,5^\circ$ de la CD y $> 19^\circ$ para la CI resultaron óptimos para detectar SCm-s. Un AEC $> 147,5^\circ$ o 103° , identificó SCm-s con una S 79,3%, E 77,5% y S 75%, E 96,9%, respectivamente (fig.). El implante Acor evitó el SCs y redujo el SCm vs el ACom de un 27% a un 5% (p 0,001); disminuyendo el impacto de la ExC y del AEC.



Efecto de la excentricidad coronaria y el ángulo entre coronarias en el implante de TAVI con alineamiento comisural.

Conclusiones: La ExC y el AEC se asocia con SC en el implante de TAVI pese al alineamiento comisural. El propuesto implante ACor minimiza los efectos de EC y del AEC evitando el SCs y reduciendo el SCm-s del 32% a un 5%.