



5020-8. CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA CALCIO DE LA VÁLVULA AÓRTICA Y LA PRESENCIA DE REGURGITACIÓN PARAVALVULAR TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

Armando Oterino Manzanás¹, Soraya Merchán Gómez¹, Juan Carlos Castro Garay¹, Javier Aranda Simón², Pablo Ahumada Pascual², David González Calle¹, Francisco Martín Herrero¹, Javier González Martín¹, Manuel Barreiro Pérez¹ y Pedro Luis Sánchez Fernández¹, del ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca y ²Universidad de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de TAVI constituye una opción terapéutica en pacientes con estenosis aórtica grave sintomática con riesgo quirúrgico elevado (STS o EuroSCORE II > 4% o EuroSCORE logístico I > 10%). La presencia de fugas paravalvulares (PVL) asociado al implante de TAVI confiere un peor pronóstico a estos pacientes asociado a mayor incidencia de hospitalizaciones y mayor mortalidad asociada. El objetivo de este estudio es investigar el impacto que el escala calcio de la válvula aórtica pueda tener sobre la presencia de fugas paravalvulares.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 110 pacientes con estenosis aórtica grave a los que se les realizó una tomografía computarizada (TC) previa al implante de TAVI en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca. A todos los pacientes se les realizó una TC sincronizado con el ECG para valorar la escala calcio usando el análogo de la escala de Agatston (UA) y dimensiones del anillo. Se evaluó la presencia de fuga paravalvular tras el implante mediante ecocardiografía transtorácica (ETT).

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes con una edad media de 82 ± 7 años y el 54% de sexo masculino. Las prótesis implantadas fue Corevalve (100%) con una tasa de éxito en el implante en todos los casos. Durante el seguimiento 63 pacientes (57%) presentaron fuga paravalvular significativa, definida por insuficiencia leve al menos. La media de calcio score valvular aórtico (CSVA) en pacientes sin fuga paravalvular fue 3.100 ± 1.723 UA y de 3.378 ± 1.690 en pacientes con PVL leve, de 4.755 ± 2.024 UA en la PVL moderada y de 3.989 ± 1.819 UA en PVL grave. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el CSVA y la presencia de PVL ($p = 0,034$). El perímetro medio anular fue de 77 ± 9 mm en pacientes sin PVL, de 75 ± 7 mm en los que presentaban PVL leve, de 81 ± 10 mm en la moderada y de 81 ± 11 mm en la grave. No se encontraron diferencias entre el perímetro anular y la presencia de PVL ($p = 0,751$). Tras el implante 26 pacientes (24%) precisaron implante de marcapasos permanente no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el CSVA y el implante de marcapasos ($p = 0,65$).

	Escala Agatston (CSVA)	p	Perímetro anular (mm)	p
Sin fuga paravalvular	3.100 ± 1.723	0,034	77 ± 9	0,75

Fuga paravalvular leve	3.378 ± 1.690	75 ± 7
Fuga paravalvular moderada	4.755 ± 2.024	81 ± 10
Fuga paravalvular grave	3.989 ± 1.819	81 ± 11

Relación entre CSVA con la presencia de PVL en el seguimiento.



Incidencia y localización de PVL en seguimiento.

Conclusiones: La presencia de fugas se correlaciona de forma estadísticamente significativa con el grado de calcificación de la válvula aórtica y debe considerarse como predictor de riesgo de fugas en el seguimiento.