



6008-11. MORFOLOGÍA DEL SEPTO INTERVENTRICULAR: NUEVO PREDICTOR DE BLOQUEO A-V TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

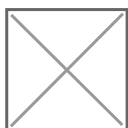
Laura Cejudo Díaz del Campo, Miguel Ángel Romero Moreno, Soledad Ojeda Pineda, Francisco Mazuelos Bellido, Simona Espejo Pérez, Pedro Martín Lorenzo, José Suárez de Lezo Cruz Conde y Alfonso Medina Fernández-Aceytuno del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba y Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: La afectación de la conducción auriculoventricular es una complicación conocida tras el implante de válvula aórtica percutánea Corevalve (TAVI). Se han descrito como predictores para el implante de marcapasos definitivo, la presencia de bloqueo completo de rama derecha (BCRDHH) previo y la profundidad de la válvula en relación al seno no coronariano. Este estudio evalúa el efecto de la morfología del septo interventricular (SIV) en tomografía computarizada de 64 cortes (TAC) sobre la incidencia de bloqueo AV completo tras el implante.

Métodos: En nuestra serie de 110 pacientes, con EAo severa tratados con TAVI, se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas, angiográficas y obtenidas en TAC realizados previo al implante. Se excluyeron cuatro pacientes con marcapasos previo. En TAC se analizó el máximo espesor del septo y la distancia desde el anillo hasta la protuberancia subanular (AASB).

Resultados: 28 pacientes precisaron marcapasos por bloqueo AV completo (26%). Ninguna variable clínica ni ecocardiográfica indicó la necesidad de marcapasos. La profundidad valvular no aumentó la necesidad de marcapasos ($13,2 \pm 4$ vs $12,7 \pm 4$ mm, p : ns). El único predictor electrocardiógrafo fue la presencia de BCRDHH previo (76% vs 17%, $p < 0,001$). Con respecto al TAC, pacientes con poca distancia AASB precisaron con más frecuencia marcapasos (15 ± 5 vs 19 ± 6 mm, $p < 0,05$), así como existieron diferencias significativas en el espesor máximo del SIV con respecto a la presencia de bloqueo AV completo (16 ± 4 vs 18 ± 3 mm, $p < 0,1$).



Conclusiones: El TAC proporciona información útil sobre anatomía del SIV y tracto de salida, ayudando a identificar pacientes con riesgo de bloqueo AV completo tras TAVI.