



4034-6. EVALUACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA DE LA CONDUCCIÓN AURICULO-VENTRICULAR DURANTE LA IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE LA VÁLVULA AÓRTICA COREVALVE

José María Segura Saint-Gerons, Francisco Mazuelos Bellido, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada, Djorjđe Pavlovic, Eduardo Caballero Dorta, José López Aguilera, José Suárez de Lezo Cruz Conde y Alfonso Medina Fernández-Aceytuno del Servicio de Cardiología del Hospital Reina Sofía, Córdoba y Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Es conocido que la implantación percutánea de una prótesis CoreValve puede inducir alteraciones de la conducción aurículo-ventricular (AV). Existe escasa información sobre la evaluación electrofisiológica de la misma durante la implantación. Nuestro objetivo es evaluar electrofisiológicamente la conducción AV antes y después de la implantación de este tipo de prótesis.

Métodos: Del total de pacientes tratados ($n = 110$), se seleccionaron los últimos 37 pacientes con estenosis aórtica severa tratados con una prótesis CoreValve (26 mujeres-70%, 77 ± 8 años). Se registraron variables del electrocardiograma de superficie (ECG) en combinación con mediciones de conducción intracavitaria (intervalos AH y HV) antes y 30 minutos después del implante de la prótesis Corevalve.

Resultados: Basales: 31 pacientes (84%) estaban en ritmo sinusal (RS) y 6 presentaban fibrilación auricular. En 6 de los pacientes en RS (20%) el intervalo PR era prolongado (> 200 mseg). En 33 pacientes se observó una duración del QRS normal, uno presentaba bloqueo de rama izquierda -BRIHH- y tres bloqueo de rama derecha-BRDHH- basalmente. En todos se observó unos intervalos AH y HV normales (< 120 ms y < 70 ms respectivamente). Tras el implante de la prótesis, en 4 pts (11%) se observó un bloqueo AV (BAV) completo, siendo imposible registrar el hisiograma en ninguno de ellos. En los 33 restantes, el intervalo PR (162 ± 37 vs 188 ± 50 ms, $p < 0,05$) y la duración del QRS (93 ± 18 vs 127 ± 25 ms, $p < 0,001$) se incrementó significativamente, 22 pts desarrollaron BRIHH y uno BRDHH. El intervalo AH (89 ± 29 vs 103 ± 34 ms, $p < 0,005$) y el intervalo HV (52 ± 10 vs 63 ± 22 ms, $p < 0,005$) también aumentó significativamente.

Conclusiones: La expansión del stent valvulado en el tracto de salida ventricular puede provocar un daño directo en el sistema de conducción intraventricular, enlenteciéndola. Además, el implante podría alterar la conducción del nodo AV, a pesar una posición más distante de la prótesis con respecto al nodo. En pacientes que desarrollaron BAV completo, el hisiograma parece desaparecer, lo que puede sugerir una lesión grave en el haz de His.