



4050-2. IMPACTO DE LA PLANIMETRÍA TRIDIMENSIONAL TRANSESOFÁGICA DEL ANILLO AÓRTICO EN LA ELECCIÓN DEL TAMAÑO DE LA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

José Alberto de Agustín, Carlos Almería, Ninel Santos, Pedro Marcos-Alberca, Covadonga Fernández-Golfín, José Luis Zamorano, Carlos Macaya y Leopoldo Pérez de Isla del Hospital Clínico San Carlos, Madrid y Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El diámetro del anillo aórtico mediante eco transesofágico (ETE) bidimensional (2D) es el parámetro que con más frecuencia se utiliza para la elección del tamaño de la prótesis aórtica para implante por vía percutánea (TAVI). Sin embargo la geometría del anillo aórtico no es circular en la mayoría de los casos sino más bien elipsoidal, lo que puede conducir a la infraestimación del tamaño de anillo por el diámetro 2D, y en consecuencia, errores a la hora de elegir el tamaño de la prótesis, lo que a su vez conlleva un incremento de la incidencia de insuficiencia aórtica perivalvular tras implante de la TAVI. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la medición del área del anillo por planimetría tridimensional (3D) mediante ETE en la elección del tamaño de la prótesis.

Métodos: Se incluyeron 33 pacientes consecutivos con estenosis aórtica grave y sometidos a TAVI por vía percutánea en nuestro centro. Se obtuvo el diámetro del anillo aórtico por ETE 2D según la metodología habitual; y además el área del anillo por planimetría mediante ETE 3D. Se implantó una prótesis de 23 mm (Edwards-Sapien) a los pacientes con un diámetro del anillo (2D) entre 18 y 21 mm, y una prótesis de 26 mm en aquellos con diámetro entre 21 y = 25 mm.

Resultados: La edad media fue $82,2 \pm 6,2$ años, y el 42,4% eran varones. Basado en el diámetro del anillo (2D) 18 pacientes (54,5%) recibieron una prótesis de 23 mm y 15 pacientes (45,5%) una prótesis de 26 mm. Usando la planimetría 3D del anillo como parámetro de referencia para decidir el tamaño de la prótesis, la elección habría sido diferente en 21 pacientes (63%) (tabla). En 7 pacientes (21%) se habría elegido una prótesis mayor, y en 2 pacientes (6%) una prótesis menor. En 12 pacientes (36%) no se habría elegido ninguna de las 2 prótesis debido a un tamaño demasiado grande del anillo. 8 de esos 12 pacientes (66,6%) desarrollaron insuficiencia aórtica perivalvular significativa (grado = 2/4) tras el implante de la TAVI.



Conclusiones: La planimetría del anillo aórtico mediante ETE 3D mejora la evaluación del anillo aórtico previo a implante de una TAVI. La utilización de este método junto con la disponibilidad de prótesis de mayor tamaño (recientemente ya disponibles prótesis Edwards-Sapien de 29 mm) disminuirían la incidencia insuficiencia aórtica perivalvular tras el procedimiento.