



7005-3. DESARROLLO DE UN MODELO ECOCARDIOGRÁFICO PARA PREDECIR INSUFICIENCIA PERIVALVULAR SIGNIFICATIVA DESPUÉS DE TAVI

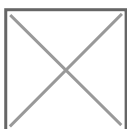
Fabián Islas Ramírez, Carlos Almería Valera, Carmen Olmos Blanco, Eulogio García Fernández, Pedro Marcos-Alberca, Luis Nombela-Franco, Carlos Macaya Miguel y Leopoldo Pérez de Isla del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Desarrollar un modelo sencillo para predecir la aparición regurgitación perivalvular significativa después de la implantación transcatóter de válvulas aórticas (TAVI).

Métodos: Se analizaron 217 pacientes consecutivos a quienes se les realizó TAVI en un solo centro entre 2009 y 2014. Todos los pacientes fueron evaluados mediante ecocardiografía transesofágica antes e inmediatamente después de la colocación de la prótesis. Se midió el grosor, movilidad y distribución de calcio en los velos aórticos en las vistas de 45° y 120-140° en telediástole. La calcificación de la válvula se clasificó como leve (1) [grosor de velos 3 mm, ausencia de nódulos en las cúspides y de calcificación del anillo], moderada (2) [grosor de velos 3-5 mm con pequeños nódulos de calcio en cúspides y calcificación localizada en el anillo], o grave (3) [grosor > 5 mm, con grandes nódulos y calcificación difusa del anillo]. La movilidad de las cúspides aórticas se clasificó como ligeramente restringida (1) [todas las comisuras valvulares abiertas], moderadamente restringida (2) [una comisura fusionada], o gravemente restringida (3) [dos o más comisuras fusionadas]. El porcentaje de pérdida de la prótesis (PPP) se calculó mediante: (diámetro nominal prótesis - máximo despliegue)/diámetro nominal prótesis. El objetivo fue evaluar regurgitación perivalvular significativa, grado ≥ 2 según los criterios VARC-2.

Resultados: La edad media fue 83 años, el 65% eran mujeres. Se observó regurgitación periprotésica significativa en 9 pacientes (4,2%). Se realizó un análisis univariable para regurgitación periprotésica ≥ 2 y las variables ecocardiográficas estadísticamente significativas se utilizaron para desarrollar un modelo predictivo multivariable. Las variables incluidas en el modelo final fueron: calcificación > grado 2, movilidad > 1 y porcentaje de pérdida nominal protésica dividido en cuartiles. La capacidad predictiva del modelo fue excelente, con un área bajo la curva ROC de 0,90 (IC95%: 0,78-1,00) y bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow 0,920.



Área bajo la curva ROC del modelo predictivo de insuficiencia aórtica perivalvular.

Conclusiones: Tres factores ecocardiográficos (movilidad, calcificación de la válvula nativa y PPP), se asociaron de forma independiente con la aparición de regurgitación perivalvular ≥ 2. El riesgo para la regurgitación perivalvular significativa después de TAVI puede predecirse utilizando un modelo simple y preciso.