



6021-232. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CARDIACA EN EL IMPLANTE DE UNA PRÓTESIS DE SEGUNDA GENERACIÓN

Inés Ponz de Antonio, Daniele Gemma, Raúl Moreno, Emilio Cuesta, Edurne López, Gabriela Guzmán, Mar Moreno y Elena Refoyo del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La Lotus es una prótesis valvular aórtica percutánea (TAVI) de segunda generación, cuyo diseño aporta ventajas con respecto a las de primera generación. El objetivo fue identificar parámetros ecocardiográficos o de TC que permitan predecir los resultados posimplante de la prótesis, en particular el riesgo de complicaciones.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes sometidos a implante de prótesis Lotus™ en nuestro centro. A todos se les realizó un ecocardiograma transtorácico, transesofágico y una TC cardiaca previo al implante.

Resultados: Se implantó una prótesis Lotus en 16 pacientes (nº 23 en 56,3% de los casos, 25 en 18,8% y 27 en 25%), 62,5% mujeres, edad media 80,5 años y EuroSCORE medio 9,65. Las características basales se resumen en la tabla. Tras el implante se objetivó una mejoría significativa del gradiente máximo y medio en todos los pacientes (p 0,001), sin encontrarse parámetros que predijeran dicha mejoría. La disfunción ventricular se asoció a mayor incidencia de complicaciones posimplante, en particular de fracaso renal (p 0,001). Se observó una mayor incidencia de complicaciones en pacientes con mayor diámetro de aorta ascendente (37,9 frente a 32,6 mm, p 0,01) y diámetro derivado del perímetro (DdP) de los senos de Valsalva por TC (33,1 frente a 29,1 mm, p 0,04). Observamos una asociación significativa entre la necesidad de implante de marcapasos (MP) y un mayor perímetro del TSVI en la TC (73,6 frente a 65,2 mm, p 0,03). 12,5% de los pacientes presentaron una PCR por BAV, que fue más frecuente cuanto mayor era el área (484 frente a 343 mm², p 0,005) o el perímetro del TSVI en la TC (82 frente a 68,2 mm, p 0,002). Además, la necesidad de una prótesis mayor (27) se asoció a una mayor incidencia de complicaciones: PCR por BAV (p 0,02) y endocarditis infecciosa (12,5%) (p 0,001). La calcificación de la unión mitroaórtica por TC se asoció al desarrollo de bloqueo de rama (62,5%) (p 0,03) y a la necesidad de implante de MP (p 0,001), que ocurrió en el 50% de los casos. La calcificación simétrica de la válvula aórtica se asoció a una mayor incidencia de endocarditis infecciosa (p 0,001), pero no a insuficiencia aórtica posimplante.

Características ecocardiográficas y de la TC cardiaca	
Parámetros preimplante	Valor medio
AVAo (planimetría 3D)	0,65 cm ²

Gradiente máximo	65,2 mmHg
Gradiente medio	20,3 mmHg
Área anillo aórtico TC	442,4 mm ²
Perímetro anillo aórtico TC	78,9 mm
Calcio <i>Score</i>	3.048,6

Conclusiones: La realización de una TC cardiaca complementa la valoración ecocardiográfica preimplante al predecir con mayor exactitud el desarrollo de complicaciones, en especial un mayor tamaño del TSVI, con la elección de una prótesis mayor, y la calcificación de la unión mitroaórtica.