



## 7009-14. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTICORTE EN LA PREDICCIÓN DE LA NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSFEMORAL

Inmaculada Gómez Sánchez, Juan Manuel Nogales Asensio, Ana María Martínez Carapeto, Mercedes Merchán Cuenda, Carlos Antonio Aranda López, Reyes González Fernández, Antonio Merchán Herrera y José Ramón López Mínguez del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las alteraciones de la conducción auriculoventricular (AV), en ocasiones con necesidad de implante de marcapasos definitivo (MPD), son las complicaciones más frecuentes en los pacientes sometidos a implante de prótesis aórtica transfemoral (TAVI). La longitud del anillo membranoso (SM), que anatómicamente representaría la distancia desde el anillo aórtico hasta el inicio del haz de His, tendría una relación inversa con la incidencia de trastornos de la conducción tras TAVI que condicionen la necesidad de implante de MPD.

**Métodos:** Analizamos 164 pacientes sometidos de forma consecutiva a TAVI en nuestro centro (aquellos con MPD previo y con muerte periprocedimiento fueron excluidos del análisis). En todos los pacientes se realizó tomografía computarizada cardiaca (TC) de 64 cortes (GE Healthcare) con contraste previo al implante para la valoración del anillo valvular. En todos se midió la longitud del SM por TC en la proyección coronal y la profundidad de la prótesis (PP) en el tracto de salida por angiografía posimplante.

**Resultados:** La edad media fue de  $81,1 \pm 4,4$  años. El 58,5% eran mujeres. 13 pacientes (7,9%) tenían bloqueo de rama derecha (BRD) pre-TAVI (7 pacientes con hemibloqueo de la rama izquierda, HBI, asociado). 18 pacientes (11,0%) tenían bloqueo de la rama izquierda (BRI). 17 pacientes (10,4%) tenían HBI aislado. 8 pacientes (4,9%) tenían bloqueo AV de bajo grado y 80 pacientes (48,8%) estaban en fibrilación auricular. Se implantó prótesis con balón expandible (PB) en 150 pacientes (91,5%) y autoexpandible (PA) en 14 pacientes (8,5%). Durante el seguimiento clínico (media: 21,1 meses), precisaron MPD 22 pacientes (13,4%), 19 (12,7%) en el grupo de PB y 3 (21,3%) en el grupo PA. La mediana de tiempo hasta el implante fue de 7 días. 38 (23,2%) pacientes desarrollaron BRI posimplante, aunque esta circunstancia no se asoció a mayor necesidad de MPD en el seguimiento. En el análisis multivariante, la longitud del SM fue la variable que más se asoció a la incidencia de MPD (OR: 0,74; IC95%: 0,58 a 0,94;  $p = 0,013$ ). La PP no se asoció a la necesidad de MPD. No hubo relación entre la necesidad de MPD y la mortalidad durante el seguimiento.



*Medición del SM por TC en eje coronal.*

	No necesidad de MPD (N=142)	Necesidad MPD (N=22)	p
Sexo femenino	87 (61,3%)	9 (40,9%)	0,071
BRD previo	8 (5,6%)	5 (22,7%)	0,017
BRI previo	14 (9,9%)	4 (18,2%)	0,269
HBI aislado previo	15 (10,6%)	2 (9,1%)	1,000
Longitud SM (mm)	9,9 ± 2,6	7,1 ± 3,6	0,007
Profundidad prótesis (mm)	5,2 ± 1,8	5,0 ± 1,3	0,737

**Conclusiones:** La longitud del SM medido por TC se asocia de forma inversa a la incidencia de necesidad de MPD post-TAVI. La necesidad de MPD no tiene impacto en la mortalidad durante el seguimiento en estos pacientes.