Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 181

Revista Española de Cardiología

7004-2. DESVIACIÓN IZQUIERDA E INFILTRACIÓN FIBROADIPOSA DE LA RAMA DERECHA EN LA EDAD AVANZADA: IMPLICACIONES PARA EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI)

José Ángel Cabrera Rodríguez[1], Andreu Porta Sánchez[1], Daniel Núñez Pernas[2], Luis Felipe Navarro del Amo[3], Óscar Salvador Montañés[2], Yolanda Macias[4], Jorge Nevado Medina[4], Belén Rubio Alonso[2], Carmen Gómez Rubín de Célix[2], Javier Urmeneta Ulloa [5] y Damián Sánchez-Quintana[4], del [1]Hospital Universitario Quirónsalud y Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo, Universidad Europea de Madrid, Madrid, [2]Hospital Universitario Quirónsalud, Madrid, Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo, Universidad Europea de Madrid, Madrid, [3]Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, [4]Universidad de Extremadura, Badajoz y [5] Hospital Universitario Quirónsalud, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El daño irreversible del tejido de conducción cardiaco es una de las complicaciones más frecuentes del procedimiento TAVI. Un conocimiento detallado del nódulo AV y el haz de His (HH) es crucial para minimizar la ocurrencia de bloqueo intrahisiano o auriculoventricular completo. El daño preexistente en la rama derecho (RD) puede jugar un papel fundamental.

Métodos: Realizamos múltiples secciones histológicas de la región del HH en 57 corazones humanos estructuralmente normales (47 varones, 77 ± 7 años). Examinamos el trayecto de la RD del HH en relación con el septo membranoso interventricular y la presencia de fibrosis y tejido adiposo infitrante en su contenido histológico.

Resultados: El sistema de conducción AV penetra el componente auriculoventricular del septo membranoso (SM) rodeado de tejido fibroso del cuerpo fibroso central. En su recorrido el HH se divide en sus 2 componentes ramificado y no ramificado. Tras un pequeño trayecto no ramificado en la cresta septal, la rama derecha (RD) se origina y discurre superficialmente en la parte muscular del septo interventricular. La RD, que nace a la misma altura del fascículo anterosuperior de la rama izquierda (RI), queda inmersa en el septo interventricular y re-emerge en relación con el músculo papilar medial de la válvula tricúspide (VT). En 22 corazones (49%) se observó una desviación izquierda del HH con un recorrido intramiocárdico de la RD. En el resto (51%) la RD discurre en posición subendocárdica en la cresta muscular del septo ventricular. Se observó tejido conectivo y infiltración adiposa a lo largo de la RD en 23 casos (40%) desde su origen hasta su porción distal. La edad se correlacionó positivamente con el grado de infiltración adiposa (85% de los corazones de mayores de 80 años).

Variaciones en el trayecto de la rama derecha del haz de His.

Conclusiones: La presencia de a) la localización intramiocárdica de la RD, b) la orientación izquierda y c) la infiltración fibroadiposa que se observa en los corazones de edad avanzada son determinantes anatómicos claves para explicar la tasa de riesgo de bloqueo AV tras el implante de TAVI dada la falta de tejido conectivo protector.