Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1022

Revista Española de Cardiología

6050-2. EL SCORE DE CALCIO AÓRTICO COMO PREDICTOR DE LA NECESIDAD DE MARCAPASOS TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER: ¿UNA HERRAMIENTA ÚTIL?

Cristina García Sebastián, Ana Pardo Sanz, Luisa Salido Tahoces, María Abellás Sequeiros, Juan Manuel Monteagudo Ruiz, José Luis Mestre Barceló, Ángel Sánchez Recalde y José Luis Zamorano Gómez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La necesidad de implante de marcapasos es una de las principales complicaciones tras el implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI). La búsqueda de factores predictores ha sido una preocupación constante en los últimos años, siendo la utilidad del score de calcio aórtico (SCA) controvertida. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad del SCA como predictor del desarrollo de trastornos graves de la conducción que requieren marcapasos después de la intervención.

Métodos: Se reclutaron de forma consecutiva los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática sometidos a TAVI desde febrero de 2020 a abril de 2022. Los pacientes con marcapasos previo, válvula aórtica bicúspide o procedimientos *valve-in-valve* fueron excluidos. Se calculó el SCA con el *software* 3 mensio en tomografía computarizada con contraste, obteniendo el volumen total de calcio (mm^3), de forma global y separada por velos (fig.). El *endpoint* primario fue la tasa de implante de marcapasos al mes del implante.

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes. El implante de marcapasos fue necesario en 42 (20,8%) pacientes. No hubo diferencias significativas en el SCA en los pacientes que requirieron marcapasos, ni de forma global (741 [403; 1.049] vs 816 [544; 1.062]; p 0,24), ni de los velos no coronariano (257 [149; 456] vs 342 [225; 500]; p 0,12), coronariano derecho (184 [92; 331] vs 207 [99; 298]; p 0,61) o coronariano izquierdo (195 [101; 362] vs 226 [134; 381]; p 0,42). La necesidad de marcapasos fue más frecuente en los pacientes que recibieron prótesis autoexpandibles (27,8 vs 16,2%; OR 1,96; p 0,048) y lo que tenían bloqueo de rama derecha (36 vs 18,6%; OR 2,41; p 0,045). Las demás características basales fueron similares entre ambos grupos (tabla).

Características basales de los pacientes según la necesidad de marcapasos

	Sin marcapasos	Con marcapasos	p
Sexo masculino	72 (45%)	24 (57,1%)	0,16

Hipertensión arterial	134 (83,7%)	35 (83,3%)	0,95
Diabetes mellitus	47 (29,4%)	16 (38,1%)	0,28
Dislipemia	102 (63,7%)	26 (61,9%)	0,82
Cardiopatía isquémica	45 (28,1%)	11 (26,2%)	0,80
Enfermedad renal crónica	36 (22,5%)	8 (19,1%)	0,63
Fibrilación auricular	51 (31,9%)	14 (33,3%)	0,86
SCA (global)	741 (403; 1.049)	816 (544; 1.062)	0,24
SCA (no coronariano)	257 (149; 456)	342 (225; 500)	0,12
SCA (coronariano derecho)	184 (92; 331)	207 (99; 298)	0,61
SCA (coronariano izquierdo)	195 (101; 362)	226 (134; 381)	0,42

SCA = score de calcio aórtico.

Medición del score de calcio aórtico.

Conclusiones: La necesidad de implante de marcapasos es una complicación frecuente tras el implante de prótesis aórtica percutánea. En nuestros pacientes, la medición del score de calcio aórtico no resultó útil para predecir la necesidad de marcapasos. En el modelo multivariante, el uso de prótesis autoexpandible y el bloqueo de rama derecha fueron predictores independientes de marcapasos.