



Revista Española de Cardiología



4013-1. PREDICTORES DE TRASTORNO DE CONDUCCIÓN AV TRAS IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA COREVALVE. ECOCARDIOGRAFÍA 3D Y 2D

Carlos Almería Valera, Gisela Feltes Guzmán, Rosa Ana Hernández-Antolín, Eulogio García Fernández, José Luis Zamorano Gómez, Carlos Macaya Miguel, Fernando Guerrero y Pedro Marcos-Alberca Moreno del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Antecedentes: Los trastornos de conducción AV (CAV) después de la implantación de válvulas aórticas transcáteter (Tavi) es una complicación que afecta especialmente al tipo CoreValve. Los predictores pre-Tavi de CAV son escasos. Nuestro objetivo fue analizar el despliegue del dispositivo y el resultado final utilizando ECO 3D y 2D en tiempo real transesofágico (ETE-3D 2D), centrado principalmente en la relación entre la prótesis, el tabique interventricular basal (IVS) y el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI).

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo y análisis de un solo centro de 35 pacientes consecutivos (P) remitidos para Tavi con una prótesis CoreValve. En todos los procedimientos 2D 3D-ETE se llevó a cabo la recogida de imágenes a nivel del TSVI. La interacción de la válvula- IVS se evaluó centrándose en la porción que sobresale del stent en TSVI (LSTENT, mm) y la relación del stent en contacto con el IVS durante la máxima excursión de ISV en sístole (% CST) y diástole (% CDT). La necesidad de implante de marcapasos (MP) por CAV se refiere al período de hospitalización inmediato a la TAVI (72h). En todos los casos la indicación de implante de MP se realizó por el Lab. de Electrofisiología y Arritmias de nuestro Centro.

Resultados: Tavi fue implantado con éxito en todas los P. 8 P fueron excluidos debido fallecimiento relacionado con el procedimiento (5) o MP previo (3). MP permanente se implantó a 13 P (46,6%). La media LSTENT fue mayor en el grupo de MP que en los pacientes que no precisaron MP ($13,5 \text{ mm} \pm 5,1$ vs $10,3 \text{ mm} \pm 5,1$, p: NS). Sin embargo, las diferencias fueron más evidentes para el CST% y CDT% y, en general, cuando ambas variables (% LSTENT, % CST y % CDT) fueron consideradas. La figura muestra la prevalencia de CAV y MP después de Tavi y teniendo en cuenta estas variables. El riesgo de CAV era máximo cuando sobresale el stent protésico en TSVI más de 12 mm (LSTENT) y la superficie diastólica en contacto con el IVS (%CDT) fue superior al 90%.



Conclusiones: ETE 3D-2D muestra que: 1) una penetración de stent en el TSVI $> 12 \text{ mm}$ y 2) en contacto diastólico con el IVS basal $> 90\%$ predice un riesgo alto de CAV tras Tavi CoreValve (87,5%).