



6019-252. PATRÓN ECOCARDIOGRÁFICO ATÍPICO DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI

Begoña Parra Laca, Fabián Islas, Carmen Olmos, José Alberto de Agustín Loeches, Luís Nombela, Pedro Marcos-Alberca, Carlos Macaya y Leopoldo Pérez de Isla del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado la relación entre la activación eléctrica y la contracción mecánica ventricular basados en la presencia o ausencia de un patrón clásico de disincronía relacionada con el BRI. No hay datos acerca de la evolución y el pronóstico de los pacientes que son llevados a TAVI quienes tienen de forma preexistente bloqueo completo de rama izquierda (BRI). El objetivo de este estudio fue determinar si la existencia de BRI y el patrón eléctrico y mecánico del mismo, tiene impacto en la evolución de estos pacientes.

Métodos: Se analizaron 28 pacientes con BRI preexistente sometidos a TAVI. Se determinó el tipo de patrón de BRI de acuerdo a criterios electrocardiográficos y el patrón de deformación miocárdica determinado por *speckle-tracking* 2D (tabla). Se evaluaron además otros parámetros ecocardiográficos habituales preimplante de la prótesis. Para el análisis estadístico se emplearon test paramétricos y no paramétricos.

Criterios ecocardiográficos y electrocardiográficos de bloqueo de rama izquierda típico	
Criterios ecocardiográficos de bloqueo de rama izquierda (con asincronía) basados en el patrón de deformación miocárdica por <i>speckle tracking</i> 2D. El patrón considerado típico debe cumplir los tres puntos siguientes:	Criterios electrocardiográficos
Nadir de contracción de al menos un segmento basal o medio ventricular de la pared septal + elongación precoz de al menos un segmento basal o medio ventricular de la pared opuesta (postero) lateral; este último finalizando dentro del periodo expulsivo del VI	QRS ? 140 ms o ? 130 ms (mujeres)
Nadir de contracción en el segmento septal dentro del 70% del periodo expulsivo del VI. Cuando existan dos puntos de nadir se considera el que ocurra primero en el tiempo	QS o rS en V1-V2

El nadir de contracción del segmento (postero) lateral debe ocurrir después del cierre valvular aórtico. Se excluyen segmentos que no presenten nadir de contracción dentro del periodo expulsivo del VI por considerarse sin capacidad contráctil

Muesca en QRS de ? 2 derivaciones contiguas (V1, V2, V5, V6, I y aVL)

Resultados: La media de edad fue $84,1 \pm 0,9$ años. 15 pacientes cumplían criterios de patrón típico de BRI y 13 de BRI atípico. Los pacientes con BRI atípico presentaron una mejoría significativa de la FEVI tras el implante de TAVI (51 frente a 55%, $p = 0,05$), mientras que aquellos con BRI típico no presentaron cambios significativos (43 frente a 45%). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de parámetros ecocardiográficos: SLG (-14,7 frente a -14,1%, $p = 0,72$), tiempo al pico de deformación entre pared lateral (415,5 frente a 387,6 ms, $p = 0,31$) y septal (417,7 frente a 374 ms, $p = 0,17$).

Conclusiones: El patrón mecánico atípico de BRI se asocia con mejoría de la FEVI tras el implante de TAVI y menor tiempo al pico de deformación longitudinal. Esto sugiere que los pacientes con BRI de patrón atípico podrían tener menor disincronía asociada al trastorno de conducción.