



5028-2. UTILIDAD DEL SCORE DE CALCIO VALVULAR COMO PREDICTOR DE NECESIDAD DE MARCAPASOS TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Cristina García Sebastián, Vicente Jiménez Franco, Ana Pardo Sanz, Juan Diego Sánchez Vega, Luisa Salido Tahoces, 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 transcáteter (TAVI). La búsqueda de factores predictores ha sido una preocupación persistente. Nuestro objetivo principal fue evaluar la utilidad de parámetros de imagen, en concreto el *score* de calcio (SC) valvular, como predictores del desarrollo de trastornos de conducción graves que precisen estimulación tras la intervención.

Métodos: Se recogieron datos de 55 pacientes con estenosis aórtica grave sintomática, sin marcapasos previo, sometidos a TAVI en nuestro centro. Se calculó el SC medido por tomografía computarizada (TC), tanto de forma global como dividido por velos, y se analizó su relación con la necesidad de implante de marcapasos a 7 días. De forma secundaria, se estudiaron estos parámetros según el tipo de prótesis.

Resultados: La edad media fue de 82 (75;86) años. 29 (53%) fueron mujeres. 39 (71%) pacientes recibieron prótesis balón-expandible (B-E) y, 16 (29%), autoexpandible (A-E). En el grupo general, no se observaron diferencias significativas en el SC valvular entre los pacientes que recibieron marcapasos y los que no lo precisaron ($926,49 \pm 225,43$ vs $771,02 \pm 85,78$ Unidades Hounsfield [UH], $p = 0,5$). Tampoco hubo diferencias en los SC por velos. Al dividir los pacientes según el tipo de prótesis, se observó un SC valvular mayor en los pacientes en los que se empleó válvula A-E y precisaron marcapasos ($912,63 \pm 253,88$ vs $375,08 \pm 76,67$ UH; $p = 0,01$). Esta diferencia fue a expensas del SC del velo coronario derecho y del no coronario, no habiendo diferencias en el velo coronario izquierdo (tabla). Los 3 parámetros fueron buenos predictores de la necesidad de marcapasos en estos pacientes, con un área bajo la curva ROC de 0,85, 0,94 y 0,81 respectivamente, sin diferencia entre ellos ($p = 0,41$) (fig.). Un punto de corte del SC valvular de 722 tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad del 91,2% para predecir la necesidad de marcapasos definitivo.

Score de calcio valvular y por velos (UH) según necesidad de marcapasos y tipo de prótesis

Sin marcapasos

Con marcapasos

p

General

Valvular	771,02 ± 85,78	926,49 ± 225,43	0,5
VCI	261,84 ± 33,19	245,5 ± 63,92	0,83
VCD	251,84 ± 40,74	308,22 ± 91,33	0,56
VNC	255,16 ± 28,62	372,78 ± 89,23	0,11

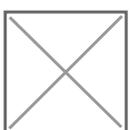
Balón-expandible

Valvular	955,00 ± 118,48	935,73 ± 355,85	0,95
VCI	304,18 ± 41,21	256,13 ± 104,17	0,65
VCD	309,33 ± 51,70	319,4 ± 153,24	0,94
VNC	298,5 ± 35,16	360,2 ± 124,77	0,52

Autoexpandible

Valvular	375,08 ± 76,67	912,63 ± 253,88	0,01
VCI	145,39 ± 35,47	229,55 ± 58,13	0,25
VCD	93,75 ± 20,54	291,45 ± 60,85	0,001
VNC	135,97 ± 34,48	391,65 ± 143,53	0,02

VCI: velo coronariano izquierdo; VCD: velo coronariano derecho; VNC: velo no coronariano; UH = Unidades Hounsfield.



Curvas ROC del score de calcio como predictor de necesidad de marcapasos en prótesis autoexpandibles.

Conclusiones: El *score* de calcio valvular, del velo coronario derecho y del velo no coronario fueron buenos predictores de la necesidad de implante de marcapasos tras implante de prótesis autoexpandible en nuestros pacientes. No encontramos diferencias en el grupo general ni en los pacientes que recibieron prótesis balón-expandible. Se necesitan estudios más amplios para confirmar estos resultados.