



# Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



## SAC 2011 – XLVI Congreso Andaluz de Cardiología

Sevilla, 12-14 de mayo de 2011

### COMUNICACIONES ORALES I: INTERVENCIONISMO CARDIACO

#### C002. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE STENTS LIBERADORES DE ZOTAROLIMUS Y EVEROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE BIFURCACIONES CORONARIAS

V. Aragón Extremera, J. Herrador Fuentes, J. Fernández Guerrero, M. Guzmán Herrera, F. García García y P. Castellano García

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén.

**Introducción y objetivos:** El stent liberador de Zotarolimus Endeavor Sprint® (ZES) y el stent liberador de Everolimus Xience V® (EES) han demostrado buenos resultados en el tratamiento de lesiones coronarias. Hemos planteado un estudio monocéntrico comparativo entre ambos stents en bifurcaciones coronarias (BF). El objetivo primario fue comparar los eventos adversos (muerte, infarto de miocardio y nueva revascularización de la BF) intrahospitalarios y a 12 meses.

**Métodos:** Se trataron desde agosto de 2006, 110 BF consecutivas con ZES, y en un segundo tiempo 129 BF con EES. Se realizaba seguimiento clínico al año, y solo se realizó reevaluación angiográfica en pacientes que presentaban recurrencia clínica.

**Resultados:** El grupo EES tuvo mayor porcentaje de diabéticos (39% vs 26%,  $p = 0,03$ ) y de enfermedad multivascular (81% vs 72%,  $p = 0,002$ ) que ZES. Provisional T stenting fue la estrategia utilizada en la mayoría de los casos (ZES 96% vs EES 94%,  $p = ns$ ). No hubo diferencias en eventos intrahospitalarios entre ambos grupos (ZES 8,1% vs EES 6,2%,  $p = 0,5$ ). A los 12 meses, el grupo ZES presentó más eventos adversos que EES (23,1% vs 4,5%,  $p < 0,001$ ), a expensas de un elevado índice de nueva revascularización de la BF (17,5% vs 3,2%,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias significativas en mortalidad (4 pacientes en ZES vs 1 en EES,  $p = 0,14$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento de BF con EES presenta mejores resultados que ZES en un seguimiento a 12 meses.

#### C089. EVOLUCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL GRADO DE REGURGITACIÓN DE LA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA COREVALVE EN EL PRIMER AÑO TRAS LA IMPLANTACIÓN

M. León del Pino, M. Ruiz Ortiz, D. Mesa Rubio, M. Delgado Ortega, J. Suárez de Lezo Cruz-Conde, M. Pan Álvarez Ossorio, M. Crespín Crespín, M. Romero Moreno, F. Mazuelos Bellido y J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La frecuencia publicada de regurgitación en la prótesis CoreValve es 70-90%, existiendo pocos datos de seguimiento a medio plazo. Nuestro objetivo fue valorar la evolución de la regurgitación residual de la prótesis el primer año tras la implantación.

**Métodos:** Entre octubre de 2008 y diciembre de 2010 se trataron 88 pacientes con la prótesis CoreValve. Se realizó estudio ecocardiográfico completo al alta hospitalaria, un mes, 6 meses y un año tras la implantación, incluyendo valoración del tipo (central, periprotésica o ambas) y grado (I a IV) de regurgitación, según las guías vigentes. Se completó el año de seguimiento en 35 pacientes.

**Resultados:** Al alta ninguno de los 35 pacientes presentó regurgitación transvalvular significativa; 26 (74,2%) presentaron regurgitación periprotésica: 11 grado I (31,4%), 13 grado II (37,1%) y 2 grado III (5,7%). No hubo ninguna grado IV. Al mes hubo una reducción significativa en el grado de regurgitación ( $p < 0,001$ ), presentando regurgitación perivalvular 26 pacientes (63,6%): 16 grado I (48,5%), 4 grado II (12,1%) y uno grado III (3%). Al año, la severidad de la regurgitación permaneció estable respecto al mes, con una tendencia al alza no significativa ( $p = 0,09$ ); 25 pacientes presentaron regurgitación perivalvular (71,4%): 14 grado I (40%), 9 grado II (25,7%) y 2 grado III (5,7%).

**Conclusiones:** Existe reducción significativa de al menos un grado en la severidad de la regurgitación de la prótesis CoreValve un mes tras la implantación. No hay cambios significativos en el seguimiento al año respecto al mes. Estos hallazgos serán analizados en estudios más extensos.

### C109. MECANISMOS Y EVOLUCIÓN DE LA REGURGITACIÓN AÓRTICA PARAVALULAR TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE LA PRÓTESIS AÓRTICA COREVALVE

I. Ruiz Zamora, M. Molina Mora, A. Muñoz García, I. Rodríguez Bailón, J. Alonso Briales, A. Domínguez Franco, M. Jiménez Navarro, J. Hernández García, M. Such Martínez y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción y objetivos:** Una de las limitaciones del implante aórtico percutáneo es IAO paravalvular. Nuestro objetivo es identificar los posibles mecanismos que condicionan IAO, tratamiento y evolución tras el implante percutáneo de la prótesis CoreValve.

**Métodos:** Cohorte prospectiva de 144 pacientes con estenosis aórtica severa que fueron tratados con la prótesis CoreValve. La regurgitación aórtica se cuantificó mediante angiografía a la finalización del procedimiento y, mediante ecocardiografía, a las 72 horas y 6 meses posprocedimiento.

**Resultados:** La prótesis se implanto con éxito a 141 P. En la angiografía inmediata 38 P (26,9%) presentaban IAO paravalvular > 2+ de Sellers. 32P fue por inadecuada expansión/aposición, precisando posdilatar. En 6P la causa fue una incorrecta posición de la prótesis tratándose con una segunda prótesis en 5P y recolocación con lazo en el 6ºP. En la angiografía final 46P (32,6%) presentaban IAO 2+, 54P (38,3%) 1+ y 41P (29,1%) ausente. A las 72 horas, 33P (23,4%) tenían IAO moderada, 56 (39,7%) leve y 52 (36,9%) ausente. A 111 P (78,7%) se les realizó control ecocardiográfico a los 6 meses: 21P (18,9%) presentaban IAO moderada, 52 (46,8%) leve y 38 (34,2%) ausente. La concordancia entre el ecocardiograma a las 72 horas y a los 6 meses presentó un índice kappa = 0,722.

**Conclusiones:** La identificación de los mecanismos de la IAO tras el implante y su tratamiento es vital para el resultado final del implante de la prótesis CoreValve. La IAO final leve o moderada es frecuente y se mantiene sin cambios en el seguimiento a medio plazo.

### C115. EVOLUCIÓN A MEDIO PLAZO DE LOS PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, ALTO RIESGO QUIRÚRGICO Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA TRATADOS CON PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

P. Losada Mora, I. Rodríguez Bailón, A. Muñoz García, M. Molina Mora, M. Jiménez Navarro, J. Alonso Briales, M. Such Martínez, J. Hernández García y E. de Teresa Galván

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción y objetivos:** Recientemente, la prótesis aórtica percutánea (PAP) se consolida como alternativa para pacientes (P) con estenosis aórtica severa (EAOS) y alto riesgo quirúrgico. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de las PAP en P que además tenían disfunción ventricular pre-implante, definida como FE  $\leq$  40%.

**Métodos:** Entre abril-2008 y enero-2011, se implantaron PP Corevalve a 152 P. A todos se realizó seguimiento clínico exhaustivo y ecocardiograma-Doppler completo antes y después del implante.

**Resultados:** Encontramos 20 P (13,1% del total) con FE  $\leq$  40%. Tenían más comorbilidades que los P con FE > 40% (índice de Charlson  $4,8 \pm 2$  vs  $3,4 \pm 1,8$ ,  $p = 0,003$ ) y mayor riesgo quirúrgico (EuroScore logístico  $34,3 \pm 21$  vs  $18,7 \pm 11$ ,  $p < 0,001$ ) aunque eran más jóvenes ( $76 \pm 8,8$  vs  $80 \pm 5,7$  años,  $p = 0,01$ ). En 12 (60%) de los 20 pacientes mejoró la FE (de  $36 \pm 4,2\%$  a  $56 \pm 6\%$ ,  $p =$

$0,001$ ). De los 8 que no mejoraron, 4 tenían IAM previo. Tras un seguimiento medio de  $11,9 \pm 8,3$  meses, la calidad de vida evaluada con test de Barthel aumentó de  $58 \pm 28$  a  $81 \pm 19$ ,  $p < 0,001$  y la mortalidad tardía fue del 20% (2P por insuficiencia cardíaca sin mejora de FE y dos por causa no cardíaca).

**Conclusiones:** En los pacientes con EAOS y función ventricular deprimida, el implante percutáneo de prótesis aórtica CoreValve se asocia con mejoría de la función ventricular en el 60% de casos y una mejoría clínica que se mantiene en el seguimiento a medio plazo.

### C122. EL IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL TRAS EL IMPLANTE TRANSCATÉTER DE LA ESTENOSIS AÓRTICA CON LA PRÓTESIS AÓRTICA COREVALVE

C. Jurado Canca, M. Molina Mora, A. Muñoz García, M. Jiménez Navarro, J. Alonso Briales, M. Such Martínez, J. Hernández García y E. de Teresa Galván

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción y objetivos:** La incidencia y repercusión de la insuficiencia renal aguda (IRA) tras el implante percutáneo de CoreValve es poco conocida. El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de la función renal (FR) basal y posprocedimiento en el pronóstico tras el implante percutáneo de CoreValve.

**Métodos:** Se incluyeron 152 pacientes con implante de Corevalve entre abril 2008 y enero 2011. La IRA fue definida según la Valve Academic Research Consortium: incremento de creatinina sérica  $\geq 0,3$  mg/dl o superior al 50% a 72 horas del procedimiento. Fueron excluidos 4 pacientes, tres fallos de implante y un paciente dializado.

**Resultados:** Los 148 pacientes presentaban una edad media de  $79,6 \pm 6$  años y un EuroSCORE de  $20,3 \pm 13$ . Predominaba el sexo femenino (92, 62,2%). 31 (20,9%) presentaban IRC. Tras el implante, la creatinina disminuyó de  $1,25 \pm 0,5$  mg/dl a  $1,18$  mg/dl ( $p = 0,023$ ) y la TFG aumentó de  $50,6 \pm 22$  a  $53,6 \pm 24$ , ( $p = 0,029$ ). 27 pacientes presentaron IRA (18,2%) No hubo diferencias en la cantidad de contraste ( $191 \pm 82$  vs  $199 \pm 74$  cc,  $p = 0,67$ ). En presencia de IRA, la mortalidad a los 30 días fue del 7,4% frente al 1,7% de los pacientes sin IRA ( $p = 0,095$ ) y la mortalidad acumulativa tras un seguimiento medio de  $11,9 \pm 8,3$  meses, fue del 26,1% frente al 10,2 de los que no desarrollaron IRA,  $p = 0,039$ . En el análisis multivariable la IRA fue predictor independiente de la mortalidad total acumulativa (HR = 3,01; IC95%: 1,08-8,36),  $p = 0,034$ .

**Conclusiones:** El empeoramiento de la FR tras el implante percutáneo de la prótesis aórtica es poco frecuente, pero se relaciona con la mortalidad.

### C191. ¿PUEDE LA LEY DE MURRAY APLICARSE A TODAS LAS BIFURCACIONES TRATADAS POR ESTRATEGIA SIMPLE?

E. Villanueva Fernández, M. Pan Álvarez Ossorio, S. Ojeda Pineda, D. Pavlovic, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, F. Mazuelos Bellido, M. Romero Moreno, J. López Aguilera, L. Cejudo Díaz del Campo y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Según la ley de Finet-Murray sobre bifurcaciones [segmento proximal (SProx) = 0,678 (segmento distal-SDist+ramo lateral-RLat-)], la no-aposición proximal ocurriría cuando el tamaño del stent fuera seleccionado según

el diámetro distal, sin embargo no ha sido testado "in vivo". El propósito es analizar la implicación de esta ley y determinar la necesidad de posdilatación sistemática del SProx.

**Métodos:** Se analizaron 132 pacientes con cualquier tipo de bifurcación según Medina tratados con estrategia simple, realizando IVUS después de la implantación del stent, cuyo diámetro fue seleccionado tomando como referencia el SDist. Las medidas se obtuvieron en el borde distal del stent, a nivel de la salida del RLat y en el SProx del stent. La no-aposición del SProx fue definida como la falta de contacto de algún "strut" del stent y la pared arterial.

**Resultados:** La no-aposición del SProx fue observada en 54 pacientes (41%), requiriendo posdilatación proximal, frente a la aposición completa observada en 78 (59%). La no-aposición fue más frecuente en vasos de mayor calibre comprobado por IVUS (área referencia proximal:  $10,75 \pm 3,75$  vs  $8,24 \pm 2,47$  mm<sup>2</sup>,  $p = 0,01$ ; área referencia distal  $6,71 \pm 2,74$  vs  $5,57 \pm 1,82$  mm<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ); siendo corroborados por angiografía (diámetro ramo principal:  $3,34 \pm 0,58$  vs  $3,03 \pm 0,41$  mm,  $p < 0,05$ ; diámetro RLat:  $2,51 \pm 0,33$  mm vs  $2,35 \pm 0,28$ ,  $p < 0,05$ ). Las bifurcaciones en tronco mostraron mayor tasa de no-aposición que a otros niveles (89% vs 37%,  $p < 0,05$ ). El seguimiento fue 14 meses. La incidencia de eventos mayores fueron similares tanto con aposición inicial como si precisaron posdilatación (5% vs 6%,  $p = ns$ ).

**Conclusiones:** La ley de Finet-Murray tiene poco impacto clínico en lesiones bifurcadas tratadas con estrategia simple, siendo más evidente en lesiones de vaso pequeño. La posdilatación proximal no fue necesaria para obtener una buena aposición en más del 50% de los pacientes estudiados.

### C197. DILATACIÓN SECUENCIAL CON BALÓN (TÉCNICA SMS) EN LESIONES BIFURCADAS TRATADAS CON ESTRATEGIA SIMPLE

E. Villanueva Fernández, M. Pan Álvarez Ossorio, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, J. Segura Saint-Gerons, F. Mazuelos Bellido, M. Romero Moreno, S. Ojeda Pineda, L. Cejudo Díaz del Campo, J. López Aguilera y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La técnica "kissing-balloon", usada habitualmente en bifurcaciones tratadas con estrategia simple, puede inducir asimetría en la porción proximal del stent, por lo que se cuestiona recientemente. Nuestro objetivo fue evaluar los cambios en la geometría del stent por IVUS con una nueva técnica de dilatación secuencial que denominamos SMS (side-main-side).

**Métodos:** 57 pacientes con una verdadera lesión coronaria bifurcada (TCI-3, DA-43, CX-10, CD-1) fueron tratados con la técnica SMS. El diámetro del stent se seleccionó según el segmento distal del ramo principal (RP), posteriormente se realizó angioplastia con balón de la rama lateral (RL) en función de su diámetro. El otro balón se eligió en función del segmento proximal del VP, dilatándose a nivel proximal y de la carina. Finalmente se realizó nueva angioplastia del RL. Se realizó IVUS en cada uno de los pasos.

**Resultados:** Se obtuvo éxito primario en todas las lesiones. Dos pacientes necesitaron un segundo stent (3%). La tabla muestra los datos de IVUS (mm<sup>2</sup>) con cada paso (\* $p < 0,01$ ) No se registraron MACEs en el seguimiento ( $9 \pm 4$  meses).

	Borde proximal	Salida RL	Borde distal
Stent RP	$7,13 \pm 1,44$	$6,67 \pm 1,75$	$6,70 \pm 1,53$
(S)APTC RL	$7,19 \pm 1,52$	$5,79 \pm 1,67^*$	$6,78 \pm 1,47$
(M)Dilatación RP	$8,86 \pm 1,14^*$	$7,57 \pm 1,88^*$	$7,06 \pm 1,51$
(S)APTC final RL	$8,97 \pm 1,45$	$6,70 \pm 1,57^*$	$7,02 \pm 1,50$

**Conclusiones:** La técnica SMS es factible y proporciona una aposición óptima del stent en el segmento proximal de la rama principal y corrección de la deformación del stent a nivel del origen del RL.

### C200. RECUPERACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR TRAS LA IMPLANTACIÓN TRANSCATÉTER DE UNA PRÓTESIS AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE EN EL SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

J. López Aguilera, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, M. Crespín Crespín, J. Segura Saint-Gerons, M. Romero Moreno, M. Pan Álvarez Ossorio, E. Villanueva Fernández, L. Cejudo Díaz del Campo y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Es bien conocido que hasta un 20-30% de pacientes tratados con prótesis CoreValve necesitan un marcapasos definitivo por el desarrollo de un bloqueo auriculoventricular (BAV) completo. En este estudio evaluamos la evolución electrocardiográfica del subgrupo de pacientes que desarrollaron esta complicación.

**Métodos:** Analizamos nuestra serie (110 pacientes,  $77 \pm 5$  años) con estenosis aórtica tratados con prótesis aórtica CoreValve. Realizamos controles clínicos y electrocardiográficos en el mes 1, 6, 12, 18 y 24 del seguimiento ( $16 \pm 8$  meses). Se excluyeron para el análisis 4 pacientes que tenían previamente un marcapasos definitivo y 3 pacientes que desarrollaron el BAV de forma tardía tras la implantación valvular (en el mes 3, 7 y 10 respectivamente).

**Resultados:** 24 pacientes (22%) tratados con prótesis CoreValve necesitaron un marcapasos definitivo por desarrollo de un BAV-completo en las primeras 72h tras el procedimiento. El único predictor electrocardiográfico de este evento fue la presencia de un BCRDHH en el electrocardiograma basal (76% vs 17%;  $p < 0,01$ ). 5 fallecieron durante el seguimiento. 10 de los 19 restantes (42%) recuperaron la conducción AV (6 en ritmo sinusal (RS) con PR normal, 1 con PR alargado y 3 fibrilación auricular). No se hallaron variables clínicas ni electrocardiográficas que influyeron en la recuperación de la conducción auriculoventricular. Los pacientes con un QRS basal más estrecho tenían más tendencia a recuperar la conducción auriculoventricular, pero sin alcanzar significación estadística ( $109 \pm 29$  mseg vs  $125 \pm 2$  mseg).

**Conclusiones:** Es frecuente desarrollar un BAV-completo tras la implantación de una prótesis CoreValve, pero hasta el 42% de estos pacientes pueden recuperar la conducción AV en el seguimiento. Debemos esforzarnos en identificar qué factores predicen esta eventualidad para evitar innecesarias implantaciones de marcapasos.

### C202. EVALUACIÓN DE LOS INTERVALOS DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR MEDIANTE ELECTROGRAMAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE UNA VÁLVULA AÓRTICA

J. López Aguilera, J. Segura Saint-Gerons, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, F. Mazuelos Bellido, M. Pan Álvarez Ossorio, M. Romero Moreno, M. Crespín Crespín, E. Villanueva Fernández, L. Cejudo Díaz del Campo y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La implantación de una prótesis CoreValve puede inducir alteraciones de la conducción auriculoventricular.

tricular (AV). Existe escasa información sobre la evaluación de la misma mediante electrogramas intracardiacos durante la implantación. Nuestro objetivo es evaluar los intervalos intracavitarios antes y después de la implantación de este tipo de prótesis.

**Métodos:** Se seleccionaron los últimos 37 pacientes consecutivos con estenosis aórtica severa tratados con una prótesis Core-Valve (26 mujeres -70%-,  $77 \pm 8$  años). Se registraron variables del electrocardiograma de superficie (ECG) en combinación con mediciones de intervalos de conducción intracavitaria antes y 30 minutos tras el implante.

**Resultados:** Resultados basales: 31 pacientes (84%) estaban en ritmo sinusal (RS). En 6 de ellos (20%) el intervalo-PR era prolongado ( $> 200$  mseg). 33 pacientes tenían una duración del QRS normal, 1 presentaba bloqueo de rama izquierda-BRI- y 3 bloqueo de rama derecha-BRD-. El 100% tenían intervalos AH normal ( $< 120$  ms) y HV normal ( $< 70$  ms). Tras 30 min, 4(11%) habían desarrollado un bloqueo AV (BAV) completo, siendo imposible registrar su electrograma en ninguno de ellos tras el tratamiento. En los 33 restantes, el intervalo-PR ( $162 \pm 37$  vs  $188 \pm 50$  ms,  $p < 0,05$ ) y la duración del QRS ( $93 \pm 18$  vs  $127 \pm 25$  ms,  $p < 0,001$ ) se incrementó significativamente, 22 desarrollaron BRI y 1 BRD *de novo*. El intervalo-AH ( $89 \pm 29$  vs  $103 \pm 34$  ms,  $p < 0,005$ ) y el intervalo-HV ( $52 \pm 10$  vs  $63 \pm 22$  ms,  $p < 0,005$ ) también aumentó significativamente.

**Conclusiones:** La expansión del stent valvulado en el tracto de salida ventricular provoca daño directo en la conducción intraventricular, ralentizándola. Además, el implante puede alterar la conducción del nodo-AV, a pesar de una posición distante de la estructura protésica con respecto al mismo. En pacientes que desarrollaron BAV-completo, su electrograma parece desaparecer, lo que sugiere lesión grave del haz de His.

ña (68% vs 64% en pacientes con/sin asimetría). No hubo diferencias significativas en el IA entre pacientes con diferentes grados de regurgitación tras la implantación: grado I:  $0,82 \pm 0,1$ , grado II:  $0,85 \pm 0,1$  y grado III:  $0,81 \pm 0,1$  ( $p = ns$ ). Tras  $12 \pm 9$  meses de seguimiento, la tasa de eventos clínicos fue de 18%; similar en ambos grupos (16% en pacientes con IA  $> 0,8$  vs 23% en pacientes con IA  $\leq 0,8$ ;  $p = ns$ ).

**Conclusiones:** La asimetría del anillo por TAC no predice el desarrollo de insuficiencia aórtica ni los eventos clínicos en el seguimiento tras implantación de válvula percutánea. La asimetría del anillo se distribuyó proporcionalmente entre pacientes con válvula pequeña o grande.

### C203. IMPACTO DE LA ASIMETRÍA DEL ANILLO AÓRTICO EN LOS RESULTADOS EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS CON IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

E. Villanueva Fernández, S. Ojeda Pineda, S. Espejo Pérez, M. Pan Álvarez Ossorio, D. García Fuertes, F. Mazuelos Bellido, J. Suárez de Lezo Herreros de Tejada, J. López Aguilera, L. Cejudo Díaz del Campo y J. Suárez de Lezo Cruz Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La implantación de válvula aórtica percutánea no está exenta de complicaciones. El tamaño protésico se selecciona en función del tamaño del anillo valvular aórtico (AVAo) determinado por ETE. El AVAo presenta a menudo forma oval. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la asimetría del AVAo en los eventos clínicos y sus implicaciones técnicas en la selección del tamaño valvular.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes tratados con válvula percutánea. El tamaño valvular se seleccionó por ETE. Mediante TAC multicorte pre-implantación se obtuvieron los diámetros máximo y mínimo en proyección axial. Calculamos un índice de asimetría (IA), definido como diámetro mínimo/diámetro máximo, considerando asimétrico un IA  $\leq 0,8$ . Se evaluó la regurgitación aórtica por angiografía post-implantación y los eventos mayores (muerte o fallo cardiaco) en el seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 110 pacientes (edad:  $77 \pm 5$  años; EuroSCORE:  $15,9 \pm 11,6$ ). El diámetro del AVAo por ETE fue de  $21,7 \pm 2,2$  mm, los diámetros máximo y mínimo por TAC fueron de  $25,9 \pm 3,4$  mm y  $21,7 \pm 3,3$  mm. La asimetría del anillo apareció en 35 pacientes (32%). La mayoría precisaron válvula peque-