Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 1028

Revista Española de Cardiología

2. ESTIMULACIÓN DE RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES POST-TAVI: ¿UNA OPCIÓN SEGURA Y EFICAZ?

Álvaro Lorente Ros, Paula Vela Martín, Daniel García Rodríguez, Yuleisy de la Rosa Rojas, Jorge Toquero Ramos, Carlos Arellano Serrano, Juan Francisco Oteo Domínguez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Cristina Aguilera Agudo, Melodie Segura Domínguez, Diego Jiménez Sánchez, Chinh Pham Trung, David Sánchez Ortiz, Ignacio Fernández Lozano y Víctor Castro Urda

Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Algunos pacientes sometidos a implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) precisan implante de marcapasos por daño directo del sistema de conducción. Recientemente, la estimulación fisiológica ha demostrado beneficios clínicos en pacientes que precisan estimulación ventricular. Sin embargo, la estimulación hisiana se ha asociado a un menor porcentaje de éxito en pacientes sometidos a TAVI y la evidencia acerca de la estimulación de rama izquierda (RI) en estos pacientes es escasa.

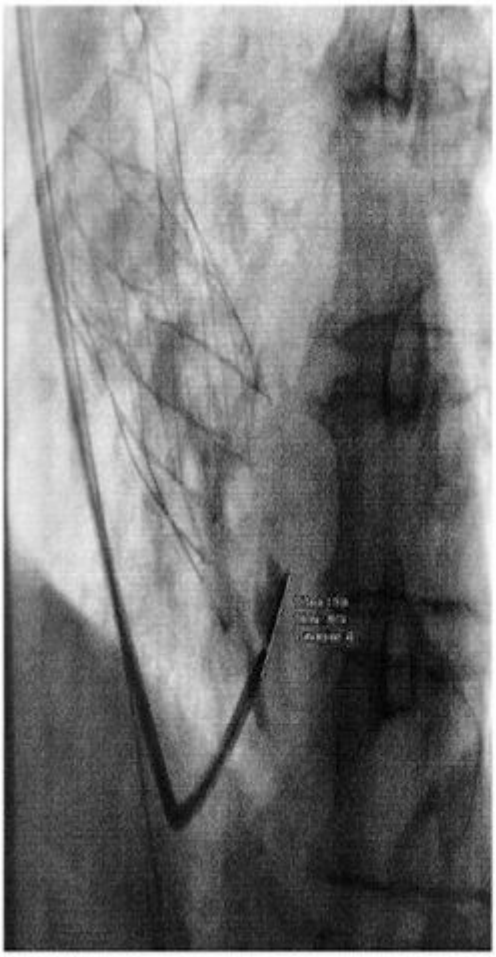
Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se incluyó a pacientes consecutivos remitidos para estimulación de RI entre mayo de 2020 y marzo de 2023. El objetivo principal fue comparar el éxito del procedimiento, así como los parámetros de estimulación y del implante, en función de la indicación del procedimiento. Se establecieron dos grupos: pacientes sometidos a TAVI y grupo control.

Resultados: Se incluyeron un total de 70 pacientes (31 pacientes tras implante de TAVI y 39 del grupo control). El seguimiento medio fue de 15,3 meses (RIQ 7,0-21,8). Las características basales de los pacientes se presentan en la tabla, siendo los pacientes sometidos a TAVI de mayor edad y con mayor grado de comorbilidad. Se logró captura de la RI en 65 pacientes (92%), sin diferencias significativas entre ambos grupos (29/31 [94%] y 36/39 [92%], TAVI y control, respectivamente [p = 0,84]) y con una duración del procedimiento similar (69 ± 25 vs 65 ± 19 minutos [p = 0,49]. Asimismo, no se detectaron diferencias significativas en los parámetros eléctricos entre ambos grupos (figura). Los pacientes con implante de válvula transcatéter presentaron un grosor del septo interventricular significativamente mayor por ecocardiograma (tabla), lo que se tradujo en la necesidad de implantar el electrodo a una mayor profundidad con respecto al grupo control (profundidad del implante 13,2 ± 0,58 mm vs 10,1 ± 0,42 mm [p 0,001], respectivamente).

Características basales	TAVI (n = 31)	Control (n = 39)	Significación estadística
Edad (años)	81,1 ± 6,17	71,1 ± 14,3	p 0,005
Sexo femenino	9/31 (29%)	15/39 (38%)	p = 0,41

HTA	23/31 (74%)	22/36 (56%)	p = 0,26
DM	15/31 (48%)	4/36 (10%)	p = 0,001
Cardiopatía isquémica	14/31 (45%)	8/39 (21%)	p 0,005
FA	17/31 (55%)	22/39 (56%)	p = 0,90
ERC	7/31 (23%)	6/39 (15%)	p = 0,54
Amiloidosis	1/31 (3%)	0/39 (0%)	p = 0,26
Grosor septo interventricular (mm)	14,7 (± 0,59)	10,7 (± 0,44)	p 0,001
Tipo de electrodo			
Medtronic 3830 (*leadless*)	3/31 (10%)	7/39 (18%)	p = 0,33
Biotronik (*stylet-driven*)	28/31 (90%)	32/39 (82%)	p = 0,33
Válvula autoexpandible	18/31 (58%)		
Pacientes con EEF realizado	14/31 (45%)		
Intervalo HV (ms) medio	71 ± 11,5		

TAVI: implante de válvula aórtica transcatéter; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; ERC: enfermedad renal crónica; EEF: estudio electrofisiológico.



Resultados	TAVI	Control	Significación estadística
Éxito del procedimiento	29/31 (94%)	36/39 (92%)	p=0,84
Umbral (V*0,4ms)	0,93 (± 0,40)	0,93 (± 0,58)	p=0,65
Onda R (mV)	11,5 (± 0,95)	9,2 (± 1,0)	p=0,09
Impedancias (Ohmios)	850,5 (± 59,0)	751,0 (± 38,0)	p=0,15
Perforación electrodo (mm)	13,2 (± 0,58)	10,1 (± 0,42)	p<0,001

Conclusiones: El implante de marcapasos RI en pacientes sometidos a implante de válvula aórtica percutánea es factible y presenta una tasa de éxito y duración del procedimiento comparable a otras indicaciones. El grosor del septo interventricular es un parámetro que debe considerarse durante el implante, pues estos pacientes requieren una posición del electrodo significativamente más profunda.