



9. FACTORES PREDICTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN INTRAMIOCÁRDICA TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA TRANSCATÉTER AUTOEXPANDIBLE ACURATE NEO

Elena Sola-García¹, Rocío Parrilla-Linares², Jesús López-Muñoz¹, Ricardo Francisco Rivera-López² y Eduardo Molina-Navarro²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España y ²Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La tasa de complicaciones asociadas al reemplazo valvular aórtico con implante de válvula percutánea transcáteter (TAVI) se ha reducido drásticamente en los últimos años, sin embargo, los trastornos de la conducción continúan siendo un problema no despreciable. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de trastornos de la conducción en pacientes con TAVI ACURATE neo y los factores que predisponen al desarrollo de los mismos.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo donde analizamos 155 pacientes consecutivos con implante de TAVI ACURATE neo (99 neo y 56 neo2) por estenosis aórtica grave con indicación de recambio valvular desde junio de 2017 hasta octubre de 2022. Se excluyó a los pacientes portadores de marcapasos previo. El seguimiento total fue de un año. Se compararon pacientes con necesidad de implante de marcapasos (IMP) frente a los que no lo requirieron, y se realizó un análisis de regresión logística para identificar posibles factores de riesgo para IMP.

Resultados: Durante el ingreso hospitalario hubo una incidencia de bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH) del 14,8% y de IMP del 11,6%, 9% por bloqueo auriculoventricular (BAV) completo y 2,6% por bloqueo alternante de rama. En el seguimiento, se identificó un único BCRIHH *de novo* y no hubo más casos de BAV avanzado con IMP. La incidencia de IMP fue mayor en pacientes con bloqueo completo de rama derecha (BCRDHH) previo al implante de TAVI ($p = 0,001$), así como en pacientes con menor FEVI ($p = 0,14$). La presencia de fibrilación auricular, BCRIHH, el diámetro del balón empleado para la valvuloplastia y el tamaño de la prótesis no se relacionaron con una mayor tasa de IMP (tabla). Se observó una tendencia favorable hacia una menor incidencia de IMP en pacientes con implante de TAVI ACURATE neo2 en comparación con la ACURATE neo (5,8 vs 14,4%; $p = 0,12$). En el análisis multivariante con regresión logística, variable dependiente IMP, se identificó como un predictor independiente la presencia de BCRDHH previo al implante [OR = 8,06 (2,40-27,11); $p = 0,003$], saliendo la FEVI del modelo ($p = 0,36$).

Diferencias entre grupos

Implante de MP (n = 18)	No implante de MP (n = 137)	p
-------------------------	-----------------------------	---

Sexo (mujer)	55,6% (10)	61,3% (84)	0,64
Edad (años)	80,9 ± 3,5	80,2 ± 6,3	0,94
HTA	94,4% (17)	86,9% (119)	0,36
IMC (kg/m ²)	28,3 ± 4,1	29,3 ± 4,9	0,49
Cardiopatía isquémica	22,2% (4)	24,8% (34)	0,81
Ictus	11,1% (2)	5,1% (7)	0,56
Fibrilación auricular	38,9% (7)	35% (48)	0,75
EuroSCORE logístico	13,1 ± 6,3	12,4 ± 7,9	0,23
BNP (pg/dl)	529,4 ± 678,6	649,6 ± 1383	0,46
AclCr (ml/min; Cockcroft-Gault)	57,4 ± 19,9	59,5 ± 21,4	0,72
FEVI	53,3 ± 12,4	57,8 ± 9,9	0,14
Área valvular previa (cm ²)	0,74 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,79
Calcificación valvular grave	55,6% (10)	52,6% (72)	0,89
Diámetro balón valvuloplastia (mm)	20,4 ± 5,2	19,3 ± 6,1	0,86
Prótesis tamaño L	22,2% (4)	28,5% (39)	0,25
BRD previo	33,3% (6)	5,8% (8)	0,001
BRI previo	16,7% (3)	10,9% (15)	0,47
QRS previo (ms)	110,8 ± 28,2	95,6 ± 19,6	0,001

AclCr: aclaramiento de creatinina; BRD: bloqueo de rama derecha; BRI: bloqueo de rama izquierda; BNP: péptido natriurético cerebral; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; Mp: marcapasos.

Conclusiones: La presencia de BCRDHH previo al implante de TAVI es un predictor de riesgo independiente para el desarrollo de trastornos de la conducción avanzados que requieren IMP. Existe una tendencia favorable hacia una menor incidencia de IMP en pacientes con implante de TAVI ACURATE neo2 en comparación con la ACURATE neo.