



9. INCIDENCIA Y PREDICTORES DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN TRAS ABLACIÓN SEPTAL

María Calvo Barceló, Raquel Adeliño Recasens, Pablo Jordán Marchite, Jesús Rodríguez Silva, Alba Santos Ortega, Jordi Pérez Rodón, Álvaro Calabuig Goena, Bruno García del Blanco, Yassin Belahnech Pujol, Laura Gutiérrez García-Moreno, José Fernando Rodríguez Palomares, Nuria Rivas Gándara y Jaume Francisco Pascual

Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El bloqueo auriculoventricular completo (BAVc) es una complicación frecuente de la ablación septal (AS). Hay poca evidencia sobre sus predictores, reversibilidad y necesidad de estimulación permanente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a AS entre 2010 y marzo de 2023. Se excluyen portadores de marcapasos (MCP) o desfibrilador implantable (DAI). Se analizan variables clínicas, ecocardiográficas, del procedimiento y analíticas y se comparan los pacientes que requirieron implantación de MCP por BAVc post-AS (grupo MCP) con los que no (grupo no MCP).

Resultados: De 81 pacientes sometidos a AS, 37 (45,6%) no eran portadores de MCP o DAI previamente. La mediana de edad fue de 65,0 años y el 78,4% eran mujeres. El gradiente ecocardiográfico máximo previa AS fue de 80 mmHg y se redujo a 24 mmHg post-AS. El resto de características basales se describen en la tabla. En un seguimiento medio de $35,3 \pm 44,9$ meses, 15 pacientes (40,5%) presentaron indicación de MCP; 13 (86,7%) de los dispositivos se implantaron durante el ingreso y 2 (13,3%) en el seguimiento. De los 13 MCP que se indicaron durante el ingreso, el BAVc ocurrió de forma aguda (90% en el 73,3% de los pacientes del grupo MCP). Los parámetros electrocardiográficos previos a la ablación (duración QRS, presencia de BRDHH, BRIHH, hemibloqueo anterior o posterior o trastorno inespecífico de la conducción intraventricular) no se asociaron a mayor tasa de estimulación post-AS, ni tampoco la reducción del gradiente dinámico o los mililitros de alcohol empleados en la AS.

Comparación entre los pacientes con implante de MCP en el seguimiento por BAVc (grupo MCP) con los que no requirieron estimulación (grupo no MCP)

	Total	Grupo no-MCP	Grupo MCP	p
Características clínicas basales				
Edad (mediana $\pm$ IQR)	65,0 $\pm$ 17,9	63,1 $\pm$ 18,3	68,9 $\pm$ 16,4	0,292

Sexo (mujer, N (%))	29 (78,4%)	18 (81,8%)	11 (73,3%)	0,538
Peso (mediana $\pm$ IQR)	74 $\pm$ 21	69,5 $\pm$ 16	80 $\pm$ 23	0,374
Hipertensión arterial (N (%))	24 (64,9%)	13 (59,1%)	11 (73,3%)	0,373
Dislipemia (N (%))	18 (48,7%)	11 (50%)	7 (46,7%)	0,842
Diabetes (N (%))	3 (8,1%)	3 (13,6%)	0 (0%)	0,257
Cardiopatía isquémica previa (N (%))	2 (5,4%)	1 (4,5%)	1 (6,67%)	1
Fibrilación auricular previa (N (%))	7 (18,9%)	3 (13,6%)	4 (26,7%)	0,408
Historia familiar de muerte súbita (N (%))	2 (5,8%)	2 (9,1%)	0 (0,0%)	0,529
Taquicardia ventricular no sostenida (N (%))	1 (2,7%)	1 (4,5%)	0 (0%)	1
Síncope previo (N (%))	3 (8,1%)	3 (13,6%)	0 (0%)	0,257
Estudio genético positivo (N (%))	5 (13,5%)	4 (18,2%)	1 (6,7%)	0,214
Tratamiento basal				
Bloqueadores beta (N (%))	29 (78,4%)	18 (81,8%)	11 (73,3%)	0,69
Calcioantagonistas (N (%))	10 (28,6%)	4 (19,1%)	6 (42,9%)	0,151
Disopiramida (N (%))	7 (19,4%)	5 (23,8%)	2 (13,3%)	0,674
Electrocardiograma previo				

Ritmo sinusal (N (%))	32 (94,1%)	20 (100%)	12 (85,7%)	0,162
PR (ms) (media $\pm$ DE)	177,14 $\pm$ 39,5	175,8 $\pm$ 43,5	180 $\pm$ 31,6	0,797
QRS (ms) (mediana $\pm$ IQR)	80 $\pm$ 20	80 $\pm$ 20	80 $\pm$ 30	0,907
BRDHH (N (%))	2 (5,9%)	1 (5%)	1(7,1%)	1
BRIHH (N (%))	4 (11,7%)	1 (5%)	3 (21,4%)	0,283

Parámetros ecocardiográficos

FEVI (media $\pm$ DE)	64,3 $\pm$ 6,9	65,5 $\pm$ 7,6	62,5 $\pm$ 5,7	0,201
Septo PRE mm (mediana $\pm$ IQR)	18 $\pm$ 5	18 $\pm$ 3	17 $\pm$ 6	0,721
Reducción septo pre-post (mediana $\pm$ IQR)	2 $\pm$ 5	1 $\pm$ 6	2 $\pm$ 4	0,396
Área AI cm ² (media $\pm$ DE)	26,5 $\pm$ 5,3	25,8 $\pm$ 4,8	27,4 $\pm$ 6,0	0,468
Gradiente máximo pre mmHg (Mediana $\pm$ IQR)	80 $\pm$ 39	80 $\pm$ 36	89 $\pm$ 46	0,631
Gradiente máximo post mmHg (Mediana $\pm$ IQR)	24 $\pm$ 70	30 $\pm$ 94	10,5 $\pm$ 49	0,186
Diferencial grad max por ECO (media $\pm$ DE)	48,5 $\pm$ 61,9	37,3 $\pm$ 55,2	68,3 $\pm$ 61,5	0,237
Realce tardío en la RM (N (%))	13 (61,9%)	8 (57,1%)	5 (71,4%)	0,525
Riesgo de muerte súbita SCD Calc (mediana $\pm$ IQR)	1,7 $\pm$ 2,1	1,7 $\pm$ 1,5	1,2 $\pm$ 3,0	0,229

Características ablación

Número ramas septales (mediana $\pm$ IQR)	1 $\pm$ 1	1 $\pm$ 1	1 $\pm$ 1	0,519
Mililitros de OH (mediana $\pm$ IQR)	1,8 $\pm$ 0,7	2 $\pm$ 1,5	1,7 $\pm$ 0,5	0,351
X veces valor normal Troponina (mediana $\pm$ IQR)	980 $\pm$ 1.202	1.242 $\pm$ 920	391 $\pm$ 1.088	0,005
Diferencia gradiente mmHg (media $\pm$ DE)	62,1 $\pm$ 28,0	67,2 $\pm$ 32,4	53,9 $\pm$ 17,6	0,245
Muerte (N (%))	4 (10,8%)	2 (9,1%)	2 (13,3%)	1

IQR: rango intercuartílico; N: número de pacientes; DE: desviación estándar; TCIV: trastorno inespecífico de la conducción intraventricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; mm: milímetros; AP: anteroposterior; AI: aurícula izquierda; SCD Calc: calculadora de muerte súbita; OH: alcohol.

Conclusiones: El BAVc es una complicación frecuente de la AS, con un requerimiento de implante de MCPen el seguimiento del 40,5% en nuestra cohorte; la mayoría de los cuales (86,7%) se produce en las primeras 48h post-AS.