



6082-502. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON DESARROLLO DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA Y QRS > 150 MS TRAS IMPLANTE DE TAVI MEDIANTE HOLTER SUBCUTÁNEO IMPLANTABLE

José Antonio Fernández Sánchez, Teresa Bretones del Pino, Manuel Muñoz García, Torcuato Garrido-Arroquia Jurado, Manuel Molina Lerma, Vicente Alcalde Martínez, Miguel Álvarez López, Joaquín Sánchez Gila y Eduardo Molina Navarro

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Una de las complicaciones más frecuentes tras el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es la necesidad de implante de marcapasos (MCP). Desde el punto de vista electrocardiográfico, la aparición de un bloqueo de rama izquierda (BRIHH) es la alteración más frecuente, oscilando entre 13,3-37% en las primeras series y entre 10,6-15,2% en las más recientes, con una tasa de implante de MCP al año del 17,3%. El objetivo del presente estudio es conocer el porcentaje de implante de marcapasos por bloqueo AV en nuestro centro en pacientes con BCRIHH de nueva aparición y QRS > 150 ms tras implante de TAVI y monitorización prolongada.

Métodos: Estudio observacional monocéntrico prospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes con BCRIHH de nueva aparición tras implante de TAVI desde junio de 2020 hasta octubre de 2023 que no cumplieran criterios para implante de MCP definitivo y que presentaran un QRS > 150 ms persistente tras 7 días de la fecha del implante. En dichos pacientes, se realizó implante de Holter subcutáneo implantable (HSCI), realizándose seguimiento con monitorización remota.

Resultados: 374 pacientes se implantaron una TAVI durante el estudio. De ellos, 338 (90%) se implantaron prótesis autoexpandibles (PAE) y 36 (10%) no autoexpandibles (NPAE). Dentro de este grupo, 115 (30,1%) desarrollaron BCRIHH de nueva aparición (el 31% de las PAE y el 25% de las NPAE) de los cuales 32 (28,7%) presentaron un QRS > 150 ms (100% PAE). Las características basales de este subgrupo se encuentran en la tabla. Entre los predictores de necesidad de marcapasos en el posimplante inmediato, se observó (asociado al BRIHH) un BAV de primer grado en 23 pacientes (71,8%) con un alargamiento significativo del intervalo PR (177 ± 41 ms a $228,4 \pm 49$ ms; $p < 0,001$) y del intervalo QRS ($94,5 \pm 15,7$ a $158,03 \pm 7,7$ ms; $p < 0,001$). La tasa de implante de marcapasos fue del 31,25% (10/32), siendo 6 por aparición de BAV completo (18,75%), 3 por disfunción sinusal (9,35%) y 1 por FA lenta (3,1%). La tasa de implante global de marcapasos por bloqueo AV durante ese periodo fue del 16,8% ($p = 0,9$).

Características basales (n = 32)

Edad (años)

78 ± 6

Sexo femenino (n)	18 (56,3%)
HTA (n)	28 (87,5%)
Diabetes (n)	10 (31,3%)
Dislipemia (n)	22 (68,8%)
IMC (kg/m ²)	30,44 ± 5,24
Enfermedad coronaria previa (n)	4 (12,5%)
Ictus previo (n)	2 (6,3%)
Fibrilación auricular previa (n)	8 (25%)
Clase funcional (NYHA)	
I (n)	1 (3,1%)
II (n)	5 (15,6%)
III (n)	23 (71,9%)
IV (n)	3 (9,4%)
Ecocardiograma	
FEVI (%)	57 ± 13
DTDVI (mm)	48 ± 7
Área valvular aórtica (mm ²)	0,78 ± 0,16
Alteraciones electrocardiográficas previas	
Bloqueo AV primer grado (n)	5 (15,6%)

Hemibloqueo anterior de rama izquierda (n)	4 (12,5%)
Bloqueo completo de rama derecha (n)	1 (3,1%)
No (n)	22 (14,3%)
Tomografía computarizada (TC)	
Calcio válvula aórtica (UA)	2.805 ± 1.859
Diámetro anillo (mm)	24,45 ± 3,24
Perímetro anillo (mm)	74 ± 13,62
Área anillo (mm ²)	444,5 ± 102,24
Distancia a ostium coronario izquierdo (mm)	14,03 ± 2,8
Distancia a ostium coronario derecho (mm)	14,68 ± 3,3
Modelo de prótesis	
Autoexpandibles (n)	32 (100%)
No autoexpandibles (n)	0 (0%)
Tiempo de seguimiento medio (meses)	22,85



Diagrama de flujo.

Conclusiones: La necesidad de implante de marcapasos por desarrollo de bloqueo AV completo en pacientes con BCRIHH > 150 ms tras el implante de TAVI fue del 18,75% (similar a registros publicados previamente), sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes sin BCRIHH *de novo*.