



6004-63. ¿QUÉ POSICIÓN DEL ELECTRODO VENTRICULAR IZQUIERDO ES MEJOR EN CUANTO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA? SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN UN ÚNICO CENTRO

Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez¹, Alfonso Medina Fernández-Aceytuno¹, Antonia María Ramírez Rodríguez², Antonio García Quintana¹, Enrique Hernández Ortega¹, José Ramón Ortega Trujillo¹, Juan Carlos Portugal del Pino¹ y María del Val Groba Marco¹ del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y ²Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

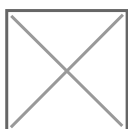
Resumen

Introducción: Se ha demostrado que la posición apical se asocia a un 64% de riesgo de fallo cardiaco o muerte comparado con otras localizaciones del electrodo ventricular izquierdo de acuerdo a los datos del estudio MADIT-CRT. La mortalidad fue un 2,59 veces más alta en posición apical. El implante del electrodo ventricular izquierdo fundamentalmente en los segmentos basal y mitad del ventrículo pueden mejorar los resultados.

Objetivos: Estudiar los resultados clínicos y ecocardiográficos tras la terapia de resincronización cardiaca en pacientes con electrodo ventricular izquierdo en posición endocárdica vs epicárdica.

Métodos: Se incluyó una cohorte de 290 pacientes con terapia de resincronización cardiaca (TRC) procedente de un único centro. El seguimiento fue de $7,76 \pm 2,33$ años. Los pacientes fueron seleccionados prospectivamente y analizados retrospectivamente. Se seleccionaron de acuerdo a la presencia de fracción de eyección ventricular izquierdo (FEVI) $\geq 35\%$, síntomas de insuficiencia cardiaca a pesar de medicación óptima y una duración del QRS ≥ 120 mseg. El electrodo ventricular izquierdo fue guiado por una senovenografía oclusiva. Posición lateral (54,1%, n = 157), posterolateral (19%, n = 55), anterolateral (15,9%, n = 46), interventricular anterior (1,7%, n = 5) y epicárdica (9,3%, n = 27). Se analizó el diámetro telesistólico, telediastólico, FEVI, QRS y clase funcional de la NYHA.

Resultados: Ambos grupos demostraron una mejoría de la FEVI a los 6 meses. Las características basales ecocardiográficas fueron similares para ambos grupos sin diferencias a los 6 meses, estadísticamente no significativo. La clase funcional de la NYHA de III mejoró a II en ambos grupos a los 6 meses. Hubo un total de 93 muertes. Por insuficiencia cardiaca: 19 (38,8%) con electrodo en vena lateral, 10 (58,8%) anterolateral, 10 (50%) posterolateral, 3 (7%) interventricular anterior y 1 (50%) epicárdico. La segunda causa de muerte fue infecciosa (11,8%, n = 11) y la tercera, tumores (10,8%, n = 10). La supervivencia fue peor en el grupo epicárdico ($\chi^2 = 9,490$; df = 1; p = 0,002).



Tiempo de supervivencia según localización del electrodo ventricular izquierdo.

Características ecocardiográficas y localización electrodo ventricular izquierdo			
	Epicárdico (n = 27)	Endocárdico (n = 263)	p
FE pre-TRC	31,5 ± 8,9	29,6 ± 7,9	0,271
FE post-TRC	42,5 ± 11,3	37,6 ± 12,3	0,110
DTSVI pre-TRC	56,8 ± 9,4	56,4 ± 10,1	0,845
DTSVI post-TRC	48,2 ± 10,2	50,8 ± 12,2	0,396
DTDVI pre-TRC	65,8 ± 11,7	67,4 ± 9,4	0,055
DTDVI post-TRC	59,0 ± 10,8	62,0 ± 11,4	0,696
QRS pre-TRC	154,9 ± 25,7	158,1 ± 25,6	0,282
QRS post-TRC	146,4 ± 16,8	155,1 ± 25,9	0,030
FE: fracción eyección ventrículo izquierdo; pre-TRC: antes de la terapia de resincronización cardiaca; post-TRC: posterior a la terapia de resincronización; DTDVI: diámetro telediastólico ventricular izquierdo; DTSVI: diámetro telesistólico.			

Conclusiones: No hay una demostrada superioridad en los pacientes tratados de forma epicárdica vs endocárdica. Ambos grupos mejoraron en un grado similar. La supervivencia en el grupo epicárdico fue peor que el endocárdico probablemente el tamaño muestral influya en los resultados obtenidos.