



6002-67. NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE. EXPERIENCIA INICIAL

Norberto Herrera Gómez, Manuel López Pérez, Eduardo Molina Navarro, Joaquín Sánchez Gila, José Antonio Romero Hinojosa, José Antonio Ramírez Hernández, Inés Uribe Morales y Rafael Melgares Moreno del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Antecedentes y objetivos: El implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) es una opción válida para pacientes con estenosis aórtica y riesgo quirúrgico inaceptable. La necesidad de marcapasos definitivo tras el implante de la prótesis autoexpandible es una de las complicaciones más frecuentes.

Métodos: Estudio prospectivo sobre los pacientes (P) intervenidos de TAVI. Estudiamos características clínica, electrocardiográficas y eventos en el seguimiento de los pacientes que precisaron implante de marcapasos definitivo (MP).

Resultados: Desde mayo de 2010 se han implantado 23 TAVI en 22 P (81 ± 6 años, 45% mujeres, EuroSCORE logístico $20 \pm 15\%$). De ellos, 7P (32%) precisaron implante MP: 5P por bloqueo aurículo ventricular completo (BAV) y 2P por bloqueo de rama izquierda en pacientes con bloqueo de rama derecha previo. Los pacientes que precisaron MP estaban en menor grado funcional NYHA (2,4 vs 3,4, $p < 0,01$), con tendencia a más anchura del QRS basal (94 ± 29 vs 127 ± 23 milisegundos, $p = 0,10$) y tras el implante (96 ± 27 vs 130 ± 36 milisegundos, $p = 0,23$). La presencia de alteraciones de la conducción tendía a ser mayor en el grupo que precisó MP (25 vs 60%, $p = 0,14$) a expensas del bloqueo de rama izquierda (27 vs 68%, $p = 0,18$). No encontramos diferencias en el diámetro del tracto de salida, diámetro del balón de valvuloplastia, tamaño de la prótesis o necesidad de posdilatación. En el seguimiento del total de pacientes con TAVI (mediana 153 días), la mortalidad total fue del 27% (6P), ninguna por muerte súbita. No se documentaron síncope o presíncope. En el grupo de pacientes con implante de MP la mediana de seguimiento fue de 210 días. Un paciente murió por infarto de miocardio. Ningún síncope. Solo 2P (28%) estaban en ritmo de MP y eran dependientes al final del seguimiento. Se observó tendencia a estrechamiento del QRS entre el post-implante y a los 6 meses (130 ± 36 vs 113 ± 41 , $p = 0,14$).

Conclusiones: La causa más frecuente para la indicación de MP definitivo fue la aparición de un BAV completo periprocedimiento. La presencia de alteraciones en la conducción en el ECG basal podría relacionarse con la necesidad de MP. La estimulación en el seguimiento a medio plazo fue baja.