



6018-600. IMPACTO DE LA CONDUCCIÓN TRANSEPTAL RESIDUAL SOBRE LA DISINCRONÍA MECÁNICA INTRAVENTRICULAR IZQUIERDA EN EL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA

Federico Ferrando Castagnetto¹, Fabián Martínez Vergara¹, Roberto Ricca Mallada¹, Rodolfo Ferrando Castagnetto², Alejandro Vidal Margenat¹, Diego Freire Colla¹, Álvaro Rivara Capocasale¹ y Ricardo Lluberas Jabif¹ del ¹Departamento de Cardiología, Hospital de Clínicas, Montevideo y ²Servicio de Medicina Nuclear, Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio de la disincronía mecánica intraventricular izquierda (DMVI) en el BCRI ha cobrado importancia a propósito de la terapia de resincronización cardíaca. Sin embargo, son pocas las investigaciones que comparan la DMVI asociada a diferentes patrones de BCRI. La siguiente experiencia tuvo como objeto evaluar la contribución de la conducción transeptal a la DMVI en pacientes con BCRI.

Métodos: Se comparó la DMVI entre pacientes con BCRI de tipo posdivisional (n = 32) y predivisional (n = 26) mediante SPECT gatillado con 99mTc-MIBI sensibilizado con dipiridamol y análisis de fase. Se excluyeron los pacientes con IMC $\geq$ 35 y alteraciones de la conducción AV. La conducción transeptal residual en el ECG se definió por los criterios de L. Bacharova y B. Padanilam. Se registraron *scores* de suma en reposo y de sustracción estrés-reposo, volumen diastólico final del VI, FEVI en reposo, duración del QRS y existencia de isquemia e infarto. Aplicando SyncTool de Emory Cardiac Toolbox se obtuvieron amplitud pico (AP), desvío estándar (DEF) y ancho de banda de fase (AB). Las variables dicotómicas se compararon mediante test de Fisher y *odds ratio* y las continuas mediante test de t no apareado y test de Mann-Whitney ($\alpha = 0,05$).

Resultados: En los pacientes con BCRI posdivisional vs predivisional las medias del DEF fueron 43,24 vs 35,14 grados (IC95%: 30,45-39,82 grados vs 38,60-47,87 grados, $p = 0,016$, test de t no apareado) y del AB 139,03 vs 106,69 grados (IC95%: 120,69-157,38 grados vs 89,46-123,93 grados, $p = 0,012$, test de t no apareado). Un mayor deterioro de la FEVI se asoció con el BCRI de tipo posdivisional ($p = 0,046$, test de Mann-Whitney). No existieron diferencias significativas en edad, infarto previo, diámetros cavitarios ni presencia de isquemia severa entre ambos grupos. Se presenta un modelo de análisis multivariado.

Conclusiones: En el BCRI la presencia de conducción transeptal residual se asocia con un comportamiento contráctil más disincrónico del VI. La mayor DMVI se observa en los pacientes con BCRI posdivisional y depresión severa de la función ventricular. Debe evaluarse la contribución de otros factores a esta disincronía como la masa y topografía de infarto y la presencia de isquemia y miocardio viable antes de analizar los efectos diferenciales de la TRC sobre ambas variantes de BCRI.