Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 422

Revista Española de Cardiología

6004-82. ESTIMULACIÓN DIRECTA DEL HAZ DE HIS: EXPERIENCIA INICIAL

Pablo Peñafiel Verdú, María Eladia Salar Alcaraz, Carmen Muñoz Esparza, Marina Navarro Peñalver, Juan José Sánchez Muñoz, Juan Martínez Sánchez, Arcadi García Alberola y Mariano Valdés Chávarri del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Las técnicas de estimulación cardiaca no convencional para evitar la disfunción ventricular asociada al QRS ancho están experimentando un importante aumento en sus indicaciones y volumen de pacientes. Aunque la estimulación biventricular es la más extendida y estudiada, la estimulación directa del haz de His (EDHH) en pacientes con QRS estrecho basal ha demostrado buenos resultados en pequeños estudios, en los que se describe una tasa de éxito en el implante en torno a 60-70%. Describimos la experiencia inicial con esta técnica en nuestro centro.

Métodos: En 10 pacientes consecutivos (6 varones, 60%; edad 72,5 ± 17,6 años) con indicación de estimulación convencional y con QRS basal ? 120 ms se intentó EDHH como primera opción. La indicación fue ritmo sinusal con bloqueo AV de segundo (4, 40%) o tercer (4, 40%) grado, o bien fibrilación auricular con respuesta lenta (2, 20%). Todos los implantes se realizaron por vía subclavia izquierda. Se utilizó el canulador específico C315His y el electrodo de fijación activa no retráctil Select Secure, que permite el mapeo del haz de His a través del polígrafo de electrofisiología.

Resultados: Se localizó el haz de His en todos salvo un paciente (10%). En 2 pacientes (20%) no se prosiguió con la EDHH por presentar BAV infrahisiano (HV > 60 ms). En otros 2, el umbral de estimulación en el haz de His se consideró prohibitivo (3,5V y 4V a 0,4 ms, respectivamente). En estos 5 pacientes se implantó el electrodo en el tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD). En los 5 pacientes (50%) en los que se consiguió la EDHH con umbral aceptable (umbral medio 0,96 ± 0,31 V a 0,4 ms), el QRS estimulado fue significativamente más corto que en los 5 pacientes que quedaron con estimulación en TSVD (Duración del QRS 96 ± 15 vs 152 ± 8 ms, p 0,001). La duración del procedimiento no excedió los 60 minutos en ningún caso, y no hubo complicaciones derivadas del implante. En la revisión del dispositivo al mes del implante no hubo dislocaciones del electrodo ni aumentos significativos del umbral de estimulación.

Conclusiones: La EDHH es una técnica de fácil implementación, alcanzando con pocos casos una tasa de éxito cercana a la descrita en la literatura.