



6004-87. NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO DE FORMA PRECOZ TRAS CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA

Isabel Molina Borao, Javier Urmeneta Ulloa, Teresa Olóriz Sanjuán, Naiara Calvo Galiano, Maruan Carlos Chabbar Boudet, Antonio Asso Abadía, José María Vallejo Gil e Isabel Calvo Cebollero del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La proximidad del nodo AV y el haz de His a la válvula aórtica conlleva en ocasiones la aparición de disfunción AV durante el posoperatorio de la cirugía de reemplazo valvular aórtico (CRVA) y, consecuentemente, la necesidad de estimulación cardiaca definitiva. Sin embargo, apenas existen datos precisos en la literatura acerca de las diferencias en la tasa de implante de marcapasos (MCP) según la técnica quirúrgica empleada, el tipo de prótesis y cirugías asociadas. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de implante de MCP definitivo en el posoperatorio temprano (durante el mismo ingreso) de CRVA y definir los factores predisponentes y las variables quirúrgicas asociadas a un incremento del riesgo de implante de MCP definitivo.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó los pacientes sometidos a CRVA en un hospital de tercer nivel desde enero de 2006 hasta diciembre de 2012.

Resultados: Durante este periodo se realizaron un total de 1350 intervenciones sobre la válvula aórtica. En 698 pacientes (52%) se realizó cirugía aislada de reemplazo valvular (bioprótesis 67%, prótesis mecánica 33%), en 167 pacientes (12%) se asoció el implante de tubo aórtico, en 225 (17%) se realizó también revascularización quirúrgica y en los 260 restantes (18%) cirugía combinada de prótesis aórtica y mitral. Treinta y seis pacientes (2,7%) (46% varones, mediana de edad 71 años (62-67)) precisaron MCP definitivo durante el posoperatorio. El implante se realizó en un tiempo medio de 14 días (6-22) tras la CRVA. La indicación del marcapasos fue bloqueo aurículo-ventricular en un 97% de los casos (24 bloqueo AV avanzado, 3 disfunción sinusal y AV asociada y 7 alto grado de bloqueo en fibrilación auricular). La incidencia del implante de marcapasos en el caso de la cirugía valvular aislada fue del 2,9% (3,4% prótesis mecánicas, 2,6% bioprótesis, $p = 0,48$). La cirugía de revascularización (0,9%, $p = 0,11$) y la cirugía mitro-aórtica (2%, $p = 0,66$) no se asociaron a un incremento del número de implantes. Sin embargo, el implante de tubo aórtico presentó una tasa mayor de implantes de marcapasos respecto al resto de cirugías, 4,8% ($p = 0,05$).

Conclusiones: En nuestra muestra, la incidencia global de implante de MCP tras CRVA fue del 2,7%, fundamentalmente debido a disfunción del nodo AV. La CRVA asociada al implante de tubo aórtico se asoció con un incremento del riesgo de implante de MCP.