Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 610

Revista Española de Cardiología

6004-74. VIABILIDAD DEL IMPLANTE DE ELECTRODOS DE MARCAPASOS EN LA PARED SEPTAL DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO ÚNICAMENTE CON GUÍA RADIOSCÓPICA. COMPARACIÓN CON ECG ESTIMULADO

Alejandro Quijada-Fumero, Luis Álvarez-Acosta, Raquel Pimienta-González, Lidón Martín-Fernández Martín, María San Blas-Díaz, Silvana Moas-Martínez, Rafael Romero-Garrido y Julio S. Hernández-Afonso del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: Los resultados a largo plazo del implante de electrodos en la cara septal del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD), a pesar de teóricamente ventajosos, no han demostrado claramente una superioridad clínica frente al implante en el ápex. Una de las posibles claves resida en asegurar el implante en dicha cara septal y para ello no se ha estandarizado ningún método fiable durante el implante, salvo la guía radioscópica. Nosotros postulamos que esta guía radioscópica no es suficiente para asegurar el implante septal de dichos electrodos ya que la situación y rotación del eje cardiaco es variable entre cada paciente, y por lo tanto, los beneficios clínicos teóricos a largo plazo estarían enmascarados por la mezcla de implantes entre pared libre y septal.

Métodos: Utilizando criterios ECG de localización septal de TV del TSVD (ausencia de notch inferior, transición V4 y anchura de QRS 150 ms) comparamos el éxito de implante en región septal del TSVD con la localización radiológica final del electrodo. Se clasificó dicha zona en seis regiones (alta, media y baja según proyección AP y posterior o anterior según proyección lateral) y se valoró si únicamente bajo guía radioscópica, se puede asegurar un implante en la zona septal. Se evaluaron de manera prospectiva 113 pacientes consecutivos con intención de aposición septal del electrodo.

Resultados: Sólo el 52,2% de los pacientes cumplía los 3 criterios ECG de implante septal. El 54% tenían un QRS estimulado menor de 150 mseg, el 70,2% ausencia de notch en cara inferior y el 71% una transición V4. La localización radiológica que permitía más frecuentemente obtenerlos era en proyección AP que el electrodo estuviese en región alta o media del TSVD y en lateral que el electrodo mirara hacia detrás. Esto solo se objetivó en el 60,7% de los electrodos implantados en esa zona comparado con el 39,3% que no cumplían los 3 criterios (p = 0,0043).

Conclusiones: La guía radioscópica nos ayuda en poco más de la mitad de los pacientes a localizar la región septal del TSVD, motivo por el cual sería aconsejable la monitorización del ECG durante el implante. Este hallazgo podría en parte explicar la ausencia de beneficios clínicos a largo plazo.