Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 449

Revista Española de Cardiología

5025-5. ABLACIÓN TEMPRANA DEL NODO AV COMPARADA CON EL CONTROL FARMACOLÓGICO DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON TRC Y FA. RESULTADOS DEL SPARE III, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ALEATORIZADO

María Emilce Trucco[1], José María Tolosana[1], Antonio Hernández Madrid[2], José Toquero[3], José Luis Merino[4], Joaquín Osca[5], Aurelio Quesada[6], José Martínez Ferrer[7], Roger Villuendas[8], Jordi Peréz[9] y Lluís Mont Girbau[1] del [1]Hospital Clínic de Barcelona, [2] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, [3]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), [4]Hospital Universitario La Paz, Madrid, [5]Hospital Universitario La Fe, Valencia, [6]Hospital Universitario General de Valencia, [7]Hospital Universitario Txagorritxu, Vitoria, [8]Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona y [9]Hospital Universitario Vall d´Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Para obtener una buena respuesta a la terapia de resincronización cardiaca (TRC) es necesaria la máxima de estimulación ventricular (EV). En los pacientes con TRC y fibrilación auricular (FA) se recomienda la ablación del nodo auriculoventricular. El objetivo del estudio fue analizar si la ablación temprana del nodo AV (AbNAV) en pacientes con FA e insuficiencia cardiaca (ICC) mejora la respuesta a la TRC.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y multicéntrico; en el cual se analizó una cohorte de pacientes en FA tratados con TRC. Los criterios de inclusión fueron: FA permanente, clase funcional NYHA III-IV, QRS > 120 ms y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ? 35%. Se excluyeron los pacientes con FA rápida con frecuencia cardiaca (FC) no controlada o pacientes con FA y FC lenta que requiriesen estimulación ventricular. Tras el implante de la TRC, los pacientes fueron asignados al azar a AbNAV o control farmacológico (CF) para reducir la FC. Todos los pacientes fueron evaluados clínica y ecocardiográficamente antes del implante y a los 6 y 12 meses de seguimiento. Fueron definidos como respondedores los supervivientes a los 12 meses que no requirieron trasplante cardiaco y que presentaron reducción del volumen telesistólico del ventrículo izquierdo (VTSVI) ? 10%.

Resultados: Se analizó una cohorte de 60 pacientes consecutivos que se asignaron al azar a AbNAV (30) o CF (30). El porcentaje de EV a los 6 y 12 meses fue del 99 y 99%, respectivamente, en el grupo AbNAV y 96 y 95% en el grupo de CF (p: NS). Durante el seguimiento, el 20% de los pacientes del grupo de CF requirió AbNAV. A los 12 meses de seguimiento, no hubo diferencias entre los grupos en el porcentaje de respondedores: 12/30 (40%) en el grupo AbNAV y 10/30 (33%) en el grupo de CF (RR 1,2, IC95% [0,6-2,3], p = 0,79). La mejoría de la FEVI fue similar entre los grupos (fig.). En cada grupo 2/30 pacientes fallecieron (6,6% de mortalidad); 1 paciente de AbNAV requirió trasplante cardiaco. Los ingresos hospitalarios también fueron similares entre los grupos de estudio: 8/30 (26,6%) en el grupo AbNAV y 8/30 (26,6%) en el de CF.

Evolución de la FEVI en pacientes con FA y TRC.

Conclusiones: En comparación con una estrategia de CF, la AbNAV en pacientes con FA y TRC no mejoró la respuesta a la TRC.