



6002-24. IMPLANTE DE ELECTRODOS EPICÁRDICOS EN LA PARED LATERAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO PARA RESINCRONIZACIÓN MEDIANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA GUIADA POR VIDEOTORACOSCOPIA

Víctor Expósito García, Santiago Catoya Villa, Juan Sánchez Ceña, Sara Naranjo Gozalo, Susana González Enríquez, Felipe José Rodríguez Entem, Daniela Andia Torrico y Juan José Olalla Antolín, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: Si bien la técnica de elección para el implante de electrodo izquierdo en terapia de resincronización cardiaca es la percutánea, esta presenta tasas de fallo que alcanzan el 8% en algunas series, además de desplazamientos precoces que requieren nueva intervención hasta en 13% de los casos. En los últimos tiempos se han desarrollado alternativas en casos de fracaso, tratando de superar las limitaciones del abordaje percutáneo, así como las morbilidades asociadas a la toracotomía clásica. Describimos nuestra experiencia con el implante de electrodos epicárdicos izquierdos mediante cirugía mínimamente invasiva asistida por videotoracoscopia.

Métodos: Incluimos en el estudio a todos los pacientes con disfunción VI grave, bloqueo de rama izquierda y criterios ecocardiográficos de disincronía a los que se remitió para implante de electrodo izquierdo asistido por videotoracoscopia.

Resultados: 12 pacientes ($62,8 \pm 10,1$ años, rango 45-77; NYHA $3 \pm 0,4$; FEVI $23,2 \pm 5,4$) se incluyeron en el estudio; 7 con miocardiopatía no isquémica, 3 con disfunción secundaria a estimulación convencional apical derecha por bloqueo AV completo, y 2 con miocardiopatía isquémica. La indicación resultó: no canalización de seno coronario en 3 casos; ausencia de ramas adecuadas para resincronización en 4; infección de dispositivo previo en 3; y dislocación de electrodo implantado percutáneamente en 2 casos. En 2 pacientes se reconvirtió a minitoracotomía por adherencias que imposibilitaron la videotoracoscopia. En los 10 casos restantes no hubo complicaciones periprocedimiento. El umbral agudo de estimulación fue $1,1 \pm 0,5$ (rango 0,5-2) y la impedancia $474,5 \pm 136$ (289-700), permaneciendo estable en el seguimiento ($1,8 \pm 1,4$; 661 $\pm$ 830), exceptuando un paciente que presentó disfunción del electrodo (impedancia 3.000 ohm con ausencia de captura), requiriendo reintervención, sin incidencias. Tras un seguimiento medio de $58,4 \pm 24$ meses todos los pacientes experimentaron mejoría clínica (NYHA $2 \pm 0,5$) y ecocardiográfica (FEVI $44,8 \pm 12$), salvo un paciente fallecido a los 3 meses del procedimiento de forma súbita.

Conclusiones: La colocación de electrodo de resincronización cardiaca en la pared libre del VI mediante cirugía mínimamente invasiva asistida por videotoracoscopia en pacientes seleccionados es un procedimiento seguro, que proporciona un estímulo eficaz tanto a corto como a medio plazo.