Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 396

Revista Española de Cardiología

5018-2. VALORACIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN TRAS EL IMPLANTE DE TAVI

Sara Lozano Jiménez, Juan Francisco Oteo Domínguez, Carlos Arellano Serrano, Xabier Cia Mendioroz, Víctor Castro Urda, Jorge Toquero Ramos, Javier López Pais, Arturo García Touchard, José Antonio Fernández Díaz, María del Trigo Espinosa, Susana Mingo Santos, Vanessa Moñivas Palomero, Marta Cobo Marcos, Francisco Javier Goicolea Ruigómez y Javier Segovia Cubero

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El desarrollo de trastornos de conducción cardiaca (TCC) es frecuente tras implante de TAVI. Sin embargo, es poco conocida la evolución a largo plazo. Nuestro objetivo es describir incidencia y momento de aparición; explorar variables que puedan predecir el riesgo de desarrollo; cuantificar porcentaje de reversibilidad; y necesidad de estimulación (VP) a largo plazo en pacientes que finalmente se implanta un marcapasos (MP).

Métodos: Se recogen todos los pacientes a los que se les ha implantado una TAVI en nuestro centro de junio 2009 a diciembre 2019. Se analizan variables de interés como la duración de QRS pre-implante y post-implantación, momento de aparición TCC, realización de valvuloplastia previa, de posdilatación y altura de implantación. Se analiza también la medida de HV realizada en el estudio electrofisiológico (EEF) en aquellos en lo que no revertía el TCC tras 72 horas. De acuerdo con las guías, se implantó MP definitivo a los pacientes con bloqueo AV completo irreversible o TCC con HV > 65 ms. Finalmente se analiza el porcentaje de VP y dependencia de MP (ausencia ritmo intrínseco a reducir salida a 30 lpm) en el seguimiento en los pacientes en los que se les implantó un MP.

Resultados: Se ha realizado 262 TAVI en el periodo señalado. Un total de 72 (27,48%) pacientes presentaron algún tipo de TCC tras el implante con una media de QRS 135,4 ± 27,8ms. La mayoría se produjeron en el momento de la predilatación (31,2%) o en la postdilatación (33%), siendo rara su aparición más allá de 48 h (0,4%). De los 72, 19 (26,4%) ya presentaban previamente un BRI con progresión de la duración del QRS y 35 (48,6%) presentaron BRI “de novo”. En este grupo, la tasa de resolución del TCC fue muy alta: 68% El implante de MP fue preciso en 29 (40,3%). En el seguimiento, 7 de ellos (24,1%) cumplieron criterios de dependencia con una mediana porcentaje de VP 81 (RIQ 50-87). El resto, 22 pacientes (75,9%) no precisaron VP o no cumplieron criterios de dependencia en el seguimiento. Como se puede ver en el análisis univariable y multivariable en la tabla, el uso de prótesis autoexpandibles y tamaños > 27 son predictores de TCC y de implantación de MP definitivo. El implante alto es factor protector de implante de MP.

Análisis de las variables relacionadas con la aparición de TCC y necesidad de estimulación

	Trastorno conducción cardiaca (TCC)			Implante de MP definitivo		
Univariante	Sí	No	p	Sí	No	p
Bloqueo previo	66,7%	76,6%	p = 0,192	73,3%	69,7%	p = 0,625
Implante alto	17,3%	13,1%	p = 0,497	17,8%	11,0%	p = 0,208
Postdilatación	13,6%	19,7%	p = 0,329	6,7%	28,2%	p = 0,002*
Autoexpandible	63,7%	46,9%	p = 0,043*	59,1%	34,1%	p = 0,002*
Tamaño > 27	56,3%	39,3%	p = 0,047*	68,2%	32,4%	p 0,001*
Multivariante	OR	IC95%		OR	IC95%	
Bloqueo previo	0,61	0,29-1,28		1,20	0,58-2,47	
Implante alto	0,64	0,26-1,57		0,18	0,05-0,61*	
Postdilatación	1,96	0,79-4,86		1,95	0,93-4,08	
Autoexpandible	1,99	1,02-3,89*		2,79	1,43-5,42*	
Tamaño > 27	1,98	1,00-3,90*		4,47	2,23-8,98*	

Características basales de nuestra muestra.

Conclusiones: En nuestra serie, la aparición de TCC ocurre en menos de un tercio de los pacientes con un porcentaje elevado de reversibilidad durante el ingreso. Una vez indicado e implantado el MP se observa en el seguimiento la escasa necesidad estimulación de los pacientes con TAVI. El uso de prótesis autoexpandible y tamaños > 27 son predictores de TCC y de implantación de MCP. El implante alto es factor protector de implante de MP.