Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 443

Revista Española de Cardiología

6022-8. TRASTORNOS DEL RITMO POSIMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA, ¿CUÁLES NECESITAN DE IMPLANTE DE MARCAPASOS?

Nuria Vallejo Calcerrada, Álvaro Pinar Abellán, Marta Cubells Pastor, Alicia Prieto Lobato, Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Sonia Cebrián López, Pablo Valentín García, Sara Díaz Lancha, Sofía Calero Núñez, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Arsenio Gallardo López, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Jesús María Jiménez Mazuecos y Miguel José Corbi Pascual

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es una alternativa cada vez más empleada en la estenosis aórtica grave en pacientes (p) de intermedio/alto riesgo quirúrgico y actualmente incluso bajo riesgo. Los trastornos de la conducción son la complicación más frecuente con una incidencia mantenida en el tiempo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 272 p a los que se les implanta una TAVI CoreValve (Medtronic) e ingresan en la unidad de críticos cardiovasculares (UCIC) de nuestro hospital entre los años 2012 y 2021. El objetivo es conocer las características de los p que precisaron marcapasos definitivo (MP) tras implante de TAVI durante el ingreso hospitalario.

Resultados: Del total de 272 p con implante de TAVI precisaron MP 32 p (12%). Ambos grupos tenían características similares, los p con MP eran más frecuentemente varones (59%) con edad media de 84 años, hipertensos (91%), diabéticos (53%) con fibrilación auricular (FA) (34%). Ambos grupos recibían en su tratamiento fármacos frenadores de igual forma. De entre los p que precisaron MCP el 37,5% tenían el ECG basal normal y otro 37,5% bloqueo completo de rama derecha del haz de His (BCRDHH), 12,5% PR largo y solo 1 p (3,1%) bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BCRIHH). El tipo de trastorno de la conducción más frecuente tras el procedimiento en p que precisaron MP fue el BCRIHH en 21 (66%) pacientes; de estos, 7 (25%) tenían además intervalo PR largo. El grupo de MP tenía mayor porcentaje de bloqueo completo de rama que aquellos sin MP, tanto BCRIHH como BCRDHH (66 vs 33% y 31 vs 10%, respectivamente). Los pacientes con MP desarrollaron de forma más frecuente bloqueo de tercer grado (47% frente al 3%) y de segundo grado (16% frente al 1%) con similar incidencia de bloqueo de primer grado entorno al 10% en ambos grupos.

Características de los pacientes que precisaron marcapasos definitivo de los que no tras implante de válvula aórtica percutánea

	MP n = 32	Sin MP n = 240

Varones	19 (59%)		118 (49%)
Edad media (años)	84 (± 5)		82 (± 4)
Hipertensión	29 (91%)		213 (89%)
Diabetes	17 (53%)		88 (37%)
FA	11 (34%)		87 (36%)
Bloqueadores beta	9 (28%)		78 (33%)
Digoxina	0		8 (3%)
Amiodarona	2 (6%)		24 (10%)
ECG	ECG basal	ECG tras TAVI	ECG tras TAVI
BCRIHH	1 (3%)	21 (66%)	85 (36%)
BCRDHH	12 (41%)	10 (31%)	23 (10%)
BAV 2º grado		5 (16%)	3 (1%)
BAV 3er grado		15 (47%)	7 (3%)

MP, marcapasos; FA, fibrilación auricular; ECG, electrocardiograma; BCRIHH, bloqueo completo de rama izquierda del haz de His; BCRDHH, bloqueo completo de rama derecha del haz de His; BAV, bloqueo auriculoventricular.

Conclusiones: El implante de TAVI se asocia frecuentemente al desarrollo de trastornos de la conducción en la fase precoz del implante. El tipo más frecuente es el BCRIHH precisando de implante de MP en un porcentaje considerable de pacientes por presentar diversos grados de BAV. En nuestro estudio el porcentaje de implante de MP está condicionado por el modelo de TAVI implantado. Se hace necesario continuar con los avances en el procedimiento para minimizar los trastornos de la conducción posimplante.