



6082-600. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA ABLACIÓN DEL NODO AURICULOVENTRICULAR TRAS LA ESTIMULACIÓN DE HIS EN PACIENTES CON ARRITMIAS AURICULARES DE DIFÍCIL CONTROL

Carlos Perea Alfaro, Ane Erkoreka Gasituaga, Irene Esteve Ruiz, María Teresa Moraleda Salas, Emilio Amigo Otero, Álvaro Arce León, José Miguel Carreño Lineros y Pablo Moriña Vázquez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación del nodo auriculoventricular (AV) se está considerando una opción precoz en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) de difícil control y con limitaciones para su curación. Existe mayor interés por la estimulación fisiológica, pero persiste la preocupación por la seguridad a largo plazo de la estimulación permanente de His (EP-His). El objetivo del estudio es evaluar los resultados a largo plazo de los pacientes sometidos a ablación del nodo AV y EP-His, centrándonos en la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), la clase funcional (NYHA), los reingresos y los parámetros de estimulación.

Métodos: Este estudio observacional descriptivo incluye a pacientes con arritmias auriculares permanentes no controladas sometidos a EP-His y ablación del nodo AV, entre enero de 2019 y julio de 2020 con un seguimiento de 4 años.

Resultados: Duración media del estudio 47 meses con $N = 36$, en la que todos recibieron EP-His seguida de ablación del nodo AV. Edad media 77 años, mujeres (69,4%), HTA (91,7%). Las principales indicaciones están recogidas en la tabla. La FEVI mejoró significativamente del 35% al 50% en los pacientes con una función inicial reducida ($p < 0,05$) y se observó una mejora de la clase NYHA, donde el 97,2% de la muestra tras EP-His seguida de ablación del nodo AV se encontraban en clase funcional NYHA I-II durante el seguimiento. Los umbrales permanecieron estables; 1,25 V@0,4 ms (0,95-2 V@0,4 ms) antes de la ablación del nodo AV y de 1,45 V@0,4 ms (0,75-2,5 V@0,4 ms), $p = 0,93$, a largo plazo. Las impedancias se mantuvieron estables, sin complicaciones con el marcapasos ni dislocación de electrodos. Tras la ablación; el 80% de los pacientes presentaron escape ventricular; en el seguimiento, 45% presentó escape por encima de 30 lpm, con onda R de 1,4 mV (0,5-6,25). El número de fármacos para el control de la frecuencia cardiaca (FC) disminuyó significativamente de 1,5 a 0,32 ($p < 0,05$) y los ingresos hospitalarios por taquiarritmias descendieron notablemente. Se observaron tres muertes, atribuidas a insuficiencia cardiaca y cáncer, pero las conclusiones relativas a la mortalidad están limitadas por el pequeño tamaño de la muestra.

Características clínicas	N = 36
Enfermedad coronaria	11,1 (n = 4)
Frecuencia cardiaca basal (lpm)	90 (85-110)

Indicación de ablación de nodo AV%	
Fibrilación auricular no controlada (AF)	58,4 (n = 21)
<i>Flutter</i> auricular atípico no controlado	8,3 (n = 3)
FA y flúter auricular atípico no controlado	33,3 (n = 12)
Cardiopatía, %	
Sin cardiopatía	61,1 (n = 22)
Asociado a BRIHH sin cardiopatía isquémica	11,1 (n = 4)
Sin cardiopatía isquémica asociada y QRS estrecho	5,6 (n = 2)
Cardiopatía isquémica	5,6 (n = 2)
Valvulopatía reumática mitral	8,3 (n = 3)
Prótesis mecánicas mitral y aórtica	2,7 (n = 1)
Reparación mecánica mitral por valvulopatía mitral reumática	5,6 (n = 2)
FEVI (%)	55 (45-60)

Conclusiones: La ablación del nodo AV y EP-His mejoran significativamente la NYHA y la FEVI, con beneficios mantenidos en el tiempo, menos visitas a urgencias y una reducción de fármacos para el control de la FC. Los parámetros de estimulación permanecen estables durante el seguimiento a largo plazo.