



6028-16. RESINCRONIZACIÓN MEDIANTE ESTIMULACIÓN EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA RESINCRONIZACIÓN CONVENCIONAL

Jesús López Muñoz, Aurora María Martínez Ballesta, Laura Jordán Martínez, Manuel José Molina Lerma y Miguel Álvarez López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) mediante estimulación en zona de rama izquierda (ERI), es una técnica descrita recientemente como alternativa a la estimulación biventricular (BiV) e incluso como primera opción, con resultados prometedores.

Métodos: Estudio retrospectivo donde analizamos 72 pacientes consecutivos desde febrero de 2016 hasta diciembre de 2021 con indicación de TRC en un centro de tercer nivel. Se dividieron en grupo de estudio (ERI, n = 20) y grupo control (BiV, n = 25) tras la exclusión de 27 por pérdida de seguimiento (13 ERI y 14 BiV). Se evaluaron parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos. Consideramos respondedor clínico mejora ? 1 punto de clase funcional NYHA, y respondedor ecocardiográfico mejora de FEVI ? 5%. Comparamos ambos grupos respecto a los datos previos al implante con los realizados entre 6 y 12 meses después.

Resultados: Características basales en la tabla. Hubo una reducción significativa del complejo QRS en ambos grupos, significativamente mayor en el de ERI: 21,7% frente al 10,3% en BiV (p 0,015). Tras un seguimiento medio de 8 meses, la FEVI mejoró significativamente en ambos grupos, un 10,3% en BiV (de 28,1 a 38,4%, p 0,001) y un 11,7% en ERI (de 30,6 a 42,3%, p 0,001), sin diferencias significativas entre ambos grupos (p 0,587). Hubo un mayor porcentaje de respondedores ecocardiográficos en el grupo de ERI: 80% respecto a 76% en BiV, sin significación estadística (p 0,748). Los umbrales ventriculares fueron significativamente menores en ERI al implante (0,72 frente a 1,58 en BiV, p 0,001), pero no en el seguimiento (0,6 frente a 1,3 en BiV, p 0,064). A nivel clínico, mayor porcentaje de respondedores en ERI, 73,7% respecto a 52,2% en BiV sin significación estadística (p 0,153). Sin diferencias significativas en muerte cardiovascular, reingresos o visitas a urgencias por IC (8,7% en BiV y 11,7% en ERI, p 0,486), ni en las complicaciones en relación al implante (13,6% en BiV, 5,3% en ERI, p 0,412).

Características basales

	Rama izquierda	Biventricular	p
Edad media al implante	73,1 años	70,2 años	0,884

Sexo	65% varones	72% varones	0,614
Etiología cardiopatía	55% dilatada no isquémica. 25% dilatada isquémica	40% dilatada no isquémica, 24% dilatada isquémica	0,489
Dislipemia	30%	36%	0,671
Obesidad (IMC 30)	30%	16%	0,262
HTA	90%	72%	0,134
Diabetes mellitus	50%	52%	0,894
Tabaquismo activo	5%	8%	0,658
Alcoholismo activo	0%	8%	0,196
Insuficiencia renal (FG 60 ml/min/m ²)	45%	32%	0,371
EPOC	10%	24%	0,222
Bloqueadores beta	80%	92%	0,239
IECA/ARA-II	95%	60%	0,007
ARM	85%	84%	0,927
ARNI	80%	36%	0,003
iSGLT2	65%	40%	0,095
DAI-TRC	50%	24%	0,07
FA previa	25%	24%	0,938

IMC: índice de masa corporal. HTA: hipertensión arterial. FG: filtrado glomerular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina. ARA-II: antagonistas de los receptores de angiotensina II.



Diferencias electrocardiográficas, ecocardiográficas y clínicas entre ERI y BiV.

Conclusiones: En nuestro estudio, la ERI consigue una mayor reducción del QRS respecto a BiV, con tendencia a mayor respuesta clínica, ecocardiográfica y menor umbral de estimulación, aunque sin diferencias significativas. No obstante, el tamaño muestral es limitado, y continuamos a la espera de ensayos aleatorizados.