



4021-2. REGISTRO ESPAÑOL DE TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO (RETRACCA): RESULTADOS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO

Rafael Peinado Peinado¹, Óscar Cano Pérez², Nuria Rivas Gándara³, Carlos Álvarez Ortega¹, Rocío García Orta⁴, Ernesto Díaz Infante⁵, Teresa de la Cal⁶, Bernabé López Ledesma², Javier Cantalapiedra Romero³, Rosa Macías Ruíz⁴, Joaquín Rueda Soriano², Laura Dos Subirá³, Pastora Gallego García de Vinuesa⁷, Ana González García¹ y José María Oliver Ruiz¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Universitario La Fe, Valencia, ³Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y ⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe poca información sobre la utilidad de la terapia de resincronización cardiaca (TRC) en pacientes (P) con cardiopatía congénita del adulto (CCA). El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de la TRC en estos P al año del implante y las diferencias entre P con VDS frente a ventrículo izquierdo sistémico (VIS).

Métodos: Se analizaron los datos del RETRACCA, un registro multicéntrico, observacional y ambispectivo que incluyó 74 P con CCA a los que se implantó un dispositivo de TRC. La función sistólica del ventrículo sistémico (FSVS) se valoró mediante ecocardiografía transtorácica y se clasificó siguiendo una escala ordinal de cuatro puntos (normal, disfunción leve, moderada o grave). Se definió la respuesta a la TRC como la mejora en la CF NYHA y/o en la FSVS en al menos una categoría. Se analizaron la mortalidad, trasplante cardiaco y complicaciones.

Resultados: 68 P completaron 1 año de seguimiento. La tabla muestra sus características basales. Las dos indicaciones principales fueron la disfunción sistólica del ventrículo sistémico junto a una estimulación ventricular > 40% (69%) y la disfunción sistólica grave del ventrículo sistémico asociada a CF NYHA II-IV y anchura de QRS > 150 ms (18%). El 60% de los P recibieron un TRC-D. El implante se llevó a cabo por vía transvenosa en el 70% de los P. El 75% de los P respondieron a la TRC, bien por una mejoría en la CF NYHA (56%) y/o de la FSVS (41%). La TRC se asoció con un aumento en la CF NYHA (p 0,001; fig.), disminución de la duración del QRS (169 ± 31 vs 150 ± 29 ; p = 0,005) y mejora de la FSVS (P con disfunción grave a moderada: 80 vs 58%; p = 0,04). El porcentaje de respondedores fue similar entre los P con VIS y VDS (73 vs 81%; p = 0,51). Solo la CF NYHA III-IV preimplante fue predictor de respuesta a la TRC en el análisis univariado (OR 3,82; IC95% 1,03-14,18). Se produjeron 7 complicaciones (10%) en el implante y 8 durante el seguimiento (2 trasplante cardiaco, 3 ingreso por insuficiencia cardiaca, 2 infecciones de la bolsa del generador y uno disfunción de un cable. No hubo diferencias en el porcentaje de complicaciones entre los P con VDS y VIS.

Características basales de la población de estudio

Edad media (rango)	46 ± 14 años (19-75)
Varones	76%
Tipo de cardiopatía	
TGA congénitamente corregida	37%
D-TGA. Senning/Mustard	7%
Obstrucción tracto salida VI	19%
Tetralogía de Fallot	12%
Defectos septales	10%
Otros	15%
VDS	44%
CF NYHA III/IV	52%
Disfunción grave del ventrículo sistémico	52%
Duración media QRS	169 ± 31 ms
Marcapasos previo	69%
FA permanente	15%
Tratamiento con IECAs	74%
Tratamiento con bloqueadores beta	78%



Conclusiones: En nuestra serie, al año de seguimiento, la TRC se asoció a una mejora de la CF NYHA y/o de la FSVS en el 75% de los P con CCA. Los porcentajes de respondedores y de complicaciones fueron similares entre los P con VDS o con VIS.