



5024-2. EXPERIENCIA A 3 MESES DEL USO COMBINADO DE LA PROYECCIÓN DE SOBREPOSICIÓN DE CÚSPIDES Y LA ESTIMULACIÓN AURICULAR EN EL IMPLANTE DE VÁLVULAS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS

María Tamargo Delpón, Enrique Gutiérrez Ibañez, Jorge García Carreño, María Eugenia Vázquez Álvarez, Ricardo Sanz Ruíz, Felipe Díez del Hoyo, Javier Soriano Triguero, Jaime Elízaga Corrales y Francisco Fernández-Avilés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Cardiología, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La necesidad de marcapasos definitivo (MP) continúa siendo una consecuencia indeseable tras el reemplazo transcáteter de válvula aórtica (TAVI), sobre todo con el empleo de prótesis autoexpandibles. El uso de la proyección de solapamiento de cúspides (Gada) permite un mejor control de la profundidad del implante; pero no se ha estudiado su uso combinado con la sobreestimulación auricular (SA) posimplante para valorar la conducción auriculoventricular (AV), y así minimizar el implante de MP tras TAVI.

Métodos: Se incluyó retrospectivamente a 253 pacientes en ritmo sinusal y sin MP previo con implante de una TAVI autoexpandible entre 2018 y 2021. Se comparó el implante estándar ($n = 143$) con la combinación de Gada y SA ($n = 110$). La SA se realizó en ausencia de bloqueo AV (BAV) completo post implante, con incrementos secuenciales hasta 120 lpm o hasta que apareciera BAV. Se registraron los eventos a 90 días (MP, ingresos por insuficiencia cardíaca, hemorragia, ictus y muerte).

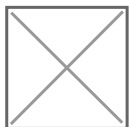
Resultados: La mediana de edad fue 80 [75-85] años, y el 52,2% eran mujeres. No hubo diferencias en las características demográficas de ambos grupos, los cuales presentaban tasas similares de trastornos de la conducción en el ECG basal (tabla) y características ecocardiográficas similares. Durante el implante, la aparición de BAV completo ocurrió en 4,6% en la cohorte Gada+SA vs 14,8% en el grupo estándar ($p = 0,002$). En los pacientes sin trastornos de conducción o trastornos transitorios, la SA mostró fenómeno de Wenckebach en 22 casos a una frecuencia de estimulación media de 110 lpm. El MP se consideró con Wenckebach por debajo de 100 lpm. La comprobación de la conducción mediante SA permitió una disminución significativa de la monitorización con MP transitorio (23,1 vs 90,2%, $p = 0,0001$), y la combinación de ambas técnicas una reducción significativa de la estancia media en el grupo Gada+SA (2 [1,3] vs 5 [4; 8] días, $p = 0,0001$). Al alta, la cohorte Gada+SA presentaba menor (aunque no significativa) tasa de MP en el ingreso (14 (12,7%) vs 30 (21,0%), $p = 0,12$), tendencia que se mantuvo en el seguimiento a 90 días (fig.). También hubo una tendencia a menos eventos totales ($p = 0,08$).

Principales características de ambos protocolos (estándar y Gada con sobreestimulación auricular (SA))

	Todos (N = 253)	Estándar (N = 143)	Gada + SA (N = 110)	p
Bloqueadores beta, n (%)	66 (26,1%)	33 (23,1%)	33 (30,0%)	0,272
PR Basal (ms)	179 [160; 200]	180 [160; 200]	172 [150; 195]	0,276
BAV de primer grado, n (%)	39 (17,3%)	21 (18,1%)	18 (16,5%)	0,890
FA paroxística, n (%)	33 (13,0%)	20 (14,0%)	13 (11,8%)	0,750
QRS Basal (ms)	100 [90,0; 110]	100 [90,0; 120]	97,0 [89,8; 105]	0,018
BCRD basal, n (%)	21 (9,29%)	15 (12,9%)	6 (5,45%)	0,088
Gradiente medio, mmHg	48 [41; 58]	48 [42; 60]	47 [41; 58]	0,552
Grosor SIV (mm)	13 [12; 14]	13 [12; 14]	13 [12; 14]	0,731
Predilatación, n (%)	85 (33,6%)	23 (16,1%)	62 (56,4%)	0,001
Posdilatación, n (%)	62 (24,5%)	41 (28,7%)	21 (19,1%)	0,108
Tiempo procedimiento (min)	81 [66; 99]	86 [69; 104]	78 [64; 91]	0,030
BAV completo post, n (%)				
Definitivo	23 (9,96%)	18 (14,8%)	5 (4,59%)	0,002
Transitorio	15 (6,49%)	12 (9,84%)	3 (2,75%)	
PR posimplante (ms)	195 [160; 224]	200 [160; 240]	186 [157; 220]	0,156
QRS posimplante (ms)	120 [100; 150]	120 [100; 150]	127 [101; 150]	0,348
MP transitorio, n (%)	144 (60,0%)	119 (90,2%)	25 (23,1%)	0,001

BAV 1 ^{er} grado posTAVI, n (%)	56 (28,9%)	23 (25,0%)	33 (32,4%)	0,332
BCRI posTAVI, n (%)	102 (40,6%)	55 (38,5%)	47 (43,5%)	0,498

BAV: bloqueo auriculoventricular; BCRD: bloqueo completo rama derecha; BCRI: bloqueo completo de rama izquierda; FA: fibrilación auricular; MP: marcapasos; SIV: septo interventricular; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo.



Eventos totales a 90 días, e implante de marcapasos en el seguimiento (inferior) tanto en el ingreso como en el seguimiento a 90 días.

Conclusiones: El uso combinado de Gada con SA disminuye la tasa de BAV completo inmediato y parece ayudar a predecir la necesidad de MP, disminuyendo la monitorización con MP transitorio y la estancia media tras TAVI.