



6012-77. EFECTO DE LA ESTIMULACIÓN CARDIACA SIN CABLES SOBRE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA

Joaquín García Martínez, Juan Carlos Gómez Polo, Victoria Cañadas Godoy, Eduardo Martínez Gómez, Nicasio Pérez Castellano e Isidre Vila Costa

Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El marcapasos sin cables (MSC) parece ser una alternativa a los dispositivos de estimulación convencionales que presenta un riesgo menor de producir insuficiencia tricuspídea (IT) dado que se evita uno de los principales mecanismos de la misma (desplazamiento, adherencia o perforación de los velos por el cable de estimulación). Existen datos contradictorios en la literatura sobre si la estimulación con MSC aumenta el grado de IT. Este estudio pretende evaluar la aparición o el aumento en la gravedad de la IT tras el implante de MSC.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con implante de MSC entre 2015 y 2023 en un mismo centro. Se realizó un análisis de parámetros ecocardiográficos basales comparándolos con los del seguimiento. Se obtuvieron datos clínicos de las consultas de seguimiento regladas. Se analizó la necesidad de reingresos por insuficiencia cardiaca (IC), aumento de dosis de diurético, muerte cardiovascular.

Resultados: La indicación más frecuente de implante de MSC fue el bloqueo auriculoventricular completo. El principal motivo por el que se decidió el implante de MSC frente a marcapasos convencional fue la infección del dispositivo previo (27%). De un total de 46 pacientes se pudieron analizar 57 estudios ecocardiográficos realizados antes y después del implante. Algunas de las variables analizadas se muestran en la tabla. Con respecto a la insuficiencia tricuspídea no se observaron diferencias en el grado de insuficiencia antes y después del implante ($p = 0,51$). Tras el implante del MSC se observó una disminución estadísticamente significativa del S' tric ($10,62$ vs $8,29$; $p = 0,02$) y del TAPSE ($2,8$ vs $1,5$; $p = 0,043$). El seguimiento medio fue de 19,6 meses. Hubo 3 muertes de causa cardiovascular, 5 pacientes que requirieron ingreso por IC, dos de ellos en más de una ocasión. El 10,5% de los pacientes precisaron un aumento en la dosis de diurético.

Variables ecocardiográficas basal y tras implante de MSC			
Índices ecocardiográficos	Basal	Tras implante de MSC	p
FEVI	59,6 ± 14,7	59,6 ± 14,7	0,52

S' tric	10,62 ± 2,7	8,29 ± 1,92	0,02
PSAP	34,26 ± 14,53	40,6 ± 6,6	0,33
TAPSE	2,81 ± 4,7	1,518 ± 0,4	0,043
CAF	0,37 ± 0,09	0,40 ± 0,09	0,37
Insuficiencia mitral			0,71
No	45%	39%	
Leve	42%	39%	
Moderada	10%	22%	
Grave	3%	0%	
Insuficiencia tricúspide			0,51
No	34%	33%	
Leve	40%	37%	
Moderada	9%	22%	
Grave	9%	4%	
Masiva	3%	4%	
Torrencial	3%	0%	
Dilatación aurícula derecha			0,68

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; S' tric: Onda S del anillo tricúspide; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; TAPSE: desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo; CAF: cambio de área fraccional; MSC: marcapasos sin cables).

Conclusiones: A diferencia de otros pequeños estudios, podemos decir que el implante de MSC no parece estar relacionado con la aparición o aumento en la gravedad de la IT lo que supone una ventaja en este aspecto frente al marcapasos convencional. Cinco pacientes requirieron ingreso por descompensación de IC habiendo descartado aumento de la IT como causa del mismo. Las diferencias observadas en S'tric y el TAPSE pueden ser explicadas por la disincronía producida por la estimulación.