



6037-317. CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CENTRO DE TERCER NIVEL

María Abellas Sequeiros, Luisa Salido Tahoces, Álvaro Lorente Ros, Ana Pardo Sanz, José María Viéitez Flórez, Ricardo García de la Peña, Sara Fernández, Javier Moreno Planas, Marcelo Sanmartín Fernández, Manuel Jiménez Mena, Asunción Camino López, José Luis Mestre Barceló, Ángel Sánchez Recalde, Rosa Ana Hernández Antolín y José Luis Zamorano Gómez, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe una creciente preocupación por los trastornos de la conducción relacionados con el implante de prótesis aórtica transcatheter (TAVI), así como por la necesidad de implante de marcapasos permanente y la mortalidad asociada. ¿Es realmente alto el riesgo de necesidad de marcapasos en pacientes con bloqueo de rama derecha (BRDHH) previo sometidos a TAVI? ¿Cuál es el riesgo en pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRIHH) *de novo*?

Métodos: Para responder a estas cuestiones, se estudió una cohorte de pacientes sometidos a TAVI entre julio 2010-noviembre 2018. Se recogió la presencia de bloqueo auriculoventricular de primer grado, hemibloqueo anterior izquierdo, BRDHH y BRIHH preprocedimiento, intraprocedimiento y al alta, así como el tipo de prótesis implantado. Se describieron necesidad de implante de marcapasos y mortalidad por todas las causas al alta.

Resultados: Un total de 391 pacientes fueron sometidos a implante de TAVI durante dicho periodo, con prótesis expandible por balón en 341 casos. Los hallazgos electrocardiográficos basales, periprocedimiento y al alta se recogen en la tabla 1. La presencia de BRDHH previo se asoció significativamente con mayor incidencia periprocedimiento de bloqueo auriculoventricular de alto grado (39,1%) en comparación con pacientes sin BRDHH (17,7%; $p = 0,04$). Del mismo modo, el implante de marcapasos definitivo fue necesario en 9 (19,6%) de los pacientes con BRDHH basal, frente a 32 (9,3%) de los pacientes sin BRDHH ($p = 0,04$). No obstante, el BRDHH basal no se asoció con aumento de la mortalidad ($p = 0,29$). El desarrollo de BRIHH periprocedimiento es frecuente (hasta el 29,9% de los pacientes). Sin embargo, solo 10 de ellos (8,5%) requirieron marcapasos, en comparación con 31 (11,3%) de los pacientes sin BRIHH ($p = 0,47$). Es más, el BRIHH no asoció aumento de mortalidad ($p = 0,29$).

Hallazgos electrocardiográficos basales, periprocedimiento y al alta

Basal

Periprocedimiento

Al alta

QRS normal	203 (51,9%)	132 (33,8%)	143 (36,6%)
Bloqueo AV	20 (5,1%)	23 (5,8%)	17 (4,3%)
Hemibloqueo anterior izquierdo	28 (7,2%)	23 (5,9%)	25 (6,4%)
BRDHH	46 (11,8%)	39 (10,0%)	35 (9,0%)
BRIHH	51 (13,0%)	117 (29,9%)	86 (22,0%)
Trastorno conducción intraventricular	14 (3,6%)	16 (4,1%)	15 (3,8%)
Marcapasos	29 (7,4%)	41 (10,4%)	70 (17,9%)

AV: auriculoventricular; BRDHH: bloqueo rama derecha haz de His; BRIHH: bloqueo rama izquierda haz de His.

Conclusiones: La presencia de BRDHH basal en pacientes sometidos a TAVI se asocia con mayor riesgo de bloqueo auriculoventricular e implante de marcapasos definitivo, sin que ello afecte a la supervivencia. La aparición de BRIHH *de novo* no implica mayor necesidad de marcapasos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de establecer protocolos estandarizados para guiar el abordaje de los trastornos de la conducción en pacientes TAVI.