



Revista Española de Cardiología



6012-10. IMPLANTACIÓN DE CABLES DE FIJACIÓN ACTIVA EN TVSD Y SU RELACIÓN CON LA ARTERIA CORONARIA DESCENDENTE ANTERIOR. ¿EXISTE RIESGO DE LESIÓN CORONARIA?

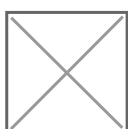
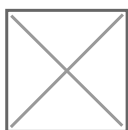
Manuel González Correa, Rocío Picón Heras, Juan Leal del Ojo González, Ricardo Pavón Jiménez, Dolores García Medina, Ana García Rojas, Francisco J. Molano Casimiro y Luis Pastor Torres del Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción: La estimulación en ápex de ventrículo derecho ha demostrado ser deletérea a largo plazo favoreciendo el remodelado y la disfunción ventricular. Con los electrodos de fijación activa, la estimulación en tracto de salida de ventrículo derecho (TSVD) ha demostrado ser una alternativa segura a la estimulación apical en pacientes con alta necesidad de estimulación ventricular. Recientemente se ha puesto en cuestión la seguridad de los cables de fijación activa en TSVD y su probable proximidad a las arterias coronarias epicárdicas, en concreto la arteria descendente anterior (ADA) la cual discurre por el surco interventricular anterior.

Métodos y objetivos: Objetivar la relación existente entre la ADA y el cable de estimulación activa en TSVD. Para ello medimos la distancia entre el cable implantado en TSVD y la ADA en pacientes con dispositivo de electroestimulación ya implantado y que ingresan en nuestro centro para realización de coronariografía por enfermedad coronaria. Se utilizó una proyección única durante la inyección de contraste coronario con giro y adquisición de imágenes desde LAO 90° hasta RAO 30°. Se midió la distancia entre la punta de la hélice de fijación al punto más cercano de la ADA y se determinó la zona de implante del cable septo (SIV) o pared libre (PL) de VD) en las proyecciones RAO 30°, LAO 30° y posteroanterior.

Resultados: Se estudiaron 9 pacientes con un 89% de hombres, edad media 74 años, 78% hipertensos, 33% diabéticos, 68% hipercolesterolémicos, 11% fumadores, 11% insuficiencia renal crónica y el 68% estaba diagnosticado de cardiopatía isquémica. El implante del dispositivo fue por bloqueo AV en el 78% y prevención de muerte súbita en el 22%. El modo de estimulación fue DDD en 67%, VVI en 11% y DAI en 22%. El cable de VD se implantó en SIV en el 68%. Las distancias promediadas entre el cable de fijación activa y el punto más cercano de la ADA fueron de 9,1, 8,6 y 9,8 mm en RAO, LAO y PA respectivamente. La posición en SIV muestra distancias a la ADA más cercanas respecto a PL sin ser esta diferencia significativa.



Conclusiones: La implantación de cables de fijación activa en TSVD parece segura respecto su cercanía a la ADA.