Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 289

Revista Española de Cardiología

6012-19. LA ESTIMULACIÓN ENDOCÁRDICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO: UNA ALTERNATIVA AL IMPLANTE DE ELECTRODOS EPICÁRDICOS

Jessica Roa Garrido, Pablo Moriña Vázquez, Rafael Barba Pichardo, José Venegas Gamero, Juan M. Fernández Gómez e Isabel Villa López del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: La estimulación biventricular en pacientes con disfunción severa de ventrículo izquierdo (VI) y bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) ha demostrado ser efectiva. Sin embargo, en algunos pacientes la estimulación de VI a través del seno coronario no es posible por dificultades de canalización o intubación, umbrales elevados, estimulación frénica o falta de estimulación por diferentes causas (fibrosis...). La alternativa es el implante de electrodos epicárdicos vía quirúrgica pero precisa de anestesia general y los pacientes son de alto riesgo con disfunción sistólica. Así, la estimulación directa endocárdica de VI con anestesia local puede ser una alternativa. Describimos la técnica y nuestros resultados en estimulación endocárdica de VI.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 12 pacientes (abril 2006-enero de 2011) no resincronizables a través de seno coronario, con morfología de QRS de BCRI. Tras acceder vía vena femoral, se realiza una punción transeptal y se accede a VI a través de válvula mitral. Se mapea el VI y se implanta el electrodo donde se observe mayor retraso con el ventrículo derecho. Programamos convencionalmente (dispositivo implantado completo vía femoral) o DDD-VVI del sistema superior y VVT en VI (implante vía femoral solo de cable de VI). Se inició anticoagulación oral en todos los pacientes. Se realizó seguimiento clínico a los 3 meses y ecocardiográfico a los 6 meses (fracción de eyección de VI –FEVI– por Simpson biplano).

Resultados: En todos los casos se consiguió implante del cable en VI, con un umbral de estimulación inferior a 1,5 V. Complicaciones: sangrado por acceso femoral (n = 2), hematoma de la bolsa (n = 4, 3 con resolución espontánea y uno con infección y retirada posterior). Un paciente intervenido en clase funcional IV de la NYHA falleció a los 20 días por shock cardiogénico refractario y otro falleció a los 4 meses por ictus hemorrágico. El resto de pacientes mejoraron al menos un grado en la escala funcional NYHA a los tres meses. Todos mejoraron FEVI. Un paciente con episodios recurrentes de FV y múltiples descargas pasó a estar libre de episodios.

Conclusiones: La estimulación de VI a través del foramen oval es segura y eficaz y puede ser una alternativa de menor riesgo al implante quirúrgico de electrodos epicárdicos.