



6001-705. NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO TRAS PROCEDIMIENTO PERCUTÁNEO DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE

Norberto Herrera Gómez, Manuel López Pérez, Miriam Jiménez Fernández, Antonio Luis Arrebola Moreno, Joaquín Sánchez Gila, Eduardo Molina Navarro y Rafael Melgares Moreno del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: El implante de válvula aorta percutáneo (TAVI) es una opción válida en pacientes (P) con estenosis aórtica grave y riesgo quirúrgico inaceptable. La necesidad de marcapasos permanente (MP) tras prótesis autoexpandible es una complicación. Evaluamos la experiencia inicial en el implante y seguimiento a medio plazo de la prótesis aórtica autoexpandible.

Métodos: Estudio prospectivo de los P en los que se implanta TAVI. Analizamos características clínicas, electrocardiogramas basales, peri y post procedimiento. Registramos eventos durante el implante y seguimiento.

Resultados: Desde mayo de 2010 a diciembre de 2011 se implantaron 35 TAVI en 34 P (edad media 80 ± 6 años, 47% mujeres, EuroSCORE logístico de $19 \pm 12\%$). Se requirió MP en 11P (33%): 8P debido a bloqueo auriculoventricular del tercer grado (BAV3G) y 3P tras desarrollo de bloqueo de rama izquierda (BRI) en P que tenía bloqueo de rama derecha previamente. Los P con MP estaban en menor clase NYHA (= 2: 34,4% vs 4,5%, $p = 0,03$) pero tenían mayor STS score (7,9 vs 4,1%, $p = 0,5$). Estos pacientes tenían QRS más ancho basal (118 vs 91 msg, $p = 0,04$), septo más grueso (13,5 vs 12 mm, $p = 0,05$) y más masa ventricular izquierda (192 vs 171 g; $p = 0,03$) medidas en eco. En el análisis univariante la necesidad de MP se relacionó con QRS > 120 msg (OR 3,75, IC95% 1,3-18,7), implante demasiado bajo (OR 5,28, IC95% 1,21-26,7) y BAV3G (40 vs 0%, $p = 0,012$). La aparición de BCRI tendía a ser mayor en los pacientes con MP (OR 3,42, IC95% 0,76-15,2). No encontramos diferencias en el anillo aórtico, tracto de salida, diámetro del balón de valvuloplastia, necesidad de posdilatación o tamaño de la prótesis. El grupo TAVI (mediana de seguimiento 13 ± 5 meses) la mortalidad total fue 18% (6P), ninguna por muerte súbita. No hubo síncope. En el grupo de MP (mediana de seguimiento 11 ± 6 meses) ocurrió una muerte (91% supervivencia) por infarto. La mediana de estimulación ventricular fue del 22% y sólo 3P (27%) eran marcapasos dependientes. El QRS tendió a estrecharse a los 6 meses tras el implante (132 ± 13 vs 107 ± 12 , $p = 0,07$).

Conclusiones: La tasa de MP tras TAVI autoexpandible es alta. La aparición de BAV3G fue la principal indicación del MP. Los pacientes con MP tenían mayor riesgo quirúrgico, anomalías de la conducción basal y ventrículo más hipertrófico. El implante bajo, y el ensanchamiento del QRS fueron predictores de necesidad de MP. La mayoría de los pacientes no precisaron estimulación en el seguimiento.