



6001-520. RESINCRONIZACIÓN EN PACIENTES POSTOPERADOS CARDIACOS: UTILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN EPICÁRDICA DE ELECTRODO EN VENTRÍCULO IZQUIERDO DURANTE CIRUGÍA EXTRACORPÓREA POR OTRA CAUSA

José Antonio Fernández-Dívar Sánchez, Víctor Expósito García, Felipe Rodríguez-Entem, Susana González-Enríquez, Gonzalo Martín-Gorría, Francisco Nistal, Francisco Gutiérrez-Díez y Juan J. Olalla del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción: Gran proporción de pacientes sometidos a cirugía cardíaca tienen indicación de resincronización (TRC) en el momento quirúrgico. En nuestro centro hemos adoptado la política de colocación epicárdica de electrodo izquierdo en cara lateral de VI durante la cirugía en aquellos pacientes en los que prevemos necesidad posterior de TRC.

Métodos: Incluimos en el estudio todos los pacientes con disfunción VI grave, BRI y criterios ecocardiográficos de disincronía, sometidos a CEC, a los que se implantó electrodo de estimulación izquierdo en cara lateral de VI (Medtronic 5071) durante la misma, tunelizado a región infraclavicular izquierda. Analizamos la eventual necesidad de TRC en el postoperatorio o seguimiento posterior.

Resultados: 13 pacientes (8 varones, mediana edad 73,4 años, rango IC 67,7-76,12) se incluyeron en el estudio, sometidos a cirugía de recambio valvular (9) o pontaje coronario (4). La mediana FEVI precirugía fue 26% (rango IC 22,5-32,5) y de clase funcional III/IV. El electrodo epicárdico se colocó en cara lateral de VI en todos los casos, con onda R media 15 mV, umbral agudo $1,2 \pm 0,4$. Tras un seguimiento de 27,9 meses (rango IC 10,2-37,6), 6 pacientes precisaron TRC (mediana tiempo 14,5 días tras cirugía), 4 de ellos durante su estancia hospitalaria por evolución tórpida, incluso en shock cardiogénico, con excelente respuesta. En 7 pacientes no se consideró necesario TRC. 1 paciente de este grupo falleció en el postoperatorio inmediato de causa no cardíaca (ictus).

Conclusiones: La colocación epicárdica de electrodo de estimulación izquierdo durante CEC en pacientes seleccionados resulta técnicamente sencilla, obviando las dificultades potenciales de acceso a seno coronario y canalización de venas cardíacas óptimas. En 50% de nuestros casos no fue necesaria TRC por pérdida de indicación post-cirugía. Su implantación permite un acceso rápido a TRC en pacientes de alto riesgo con evolución tórpida postoperatoria, donde podría colaborar en la resolución de fallo cardíaco refractario a medidas convencionales.