



4046-8. POSICIÓN DEL ELECTRODO DE VENTRÍCULO IZQUIERDO COMO PREDICTOR DE ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Esther González López, Víctor Castro Urda, Jorge Toquero Ramos, Fernando Domínguez Rodríguez, Manuel Sánchez García, Hugo Emilio Delgado, Elena Pérez Pereira e Ignacio Fernández Lozano del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: La terapia de resincronización (CRT) se ha asociado a un incremento en la estabilidad eléctrica, con un menor número de arritmias. Sin embargo, una proporción de pacientes no se beneficia de ella. La posición del electrodo del ventrículo izquierdo (VI) ha emergido como un determinante de eventos. El objetivo del estudio es evaluar la relación entre la posición del electrodo de VI y la incidencia de arritmias ventriculares sostenidas.

Métodos: Incluimos todos los pacientes a los que se les implantó un desfibrilador-resincronizador (DAI-CRT) endovenoso, desde febrero de 2001 a marzo de 2013, en nuestro centro, según indicaciones aprobadas, tanto en prevención primaria como secundaria. La posición del electrodo de VI fue evaluada mediante venografía o examen de las proyecciones posteroanterior (PA) y lateral de la radiografía de tórax (RxT). Fue clasificada según el eje largo del VI en basal, medial o apical y en el eje corto como anterior, lateral o posterior. El seguimiento se llevó a cabo mediante interrogaciones en consulta cada 3-6 meses y seguimiento remoto.

Resultados: Se analizaron 229 pacientes. El seguimiento medio fue de 45 ± 30 meses. Un 81,2% eran varones. La edad media al implante fue de $63,35 \pm 11,51$ años. Las cardiopatías predominantes fueron la isquémica (42,79%) y la dilatada (43,66%). La fracción de eyección media al implante fue de $26\% \pm 6,93$. La distribución del electrodo en el eje largo fue: basal 21% (n = 49), medial 50% (n = 115) y apical 28% (n = 65). La distribución del electrodo ventricular en el eje corto fue: anterior 8% (n = 19), lateral 44% (n = 102) y posterior 47% (n = 108). La tasa de arritmias ventriculares en el seguimiento fue del 24,5% (IC95% 19-30). En el análisis multivariante, el sexo varón se asoció a un riesgo 13 veces mayor de arritmias (IC95% 1,80-103,16; p = 0,011), con sólo una mujer con eventos; los portadores en prevención secundaria, a un riesgo 2 veces mayor (HR 2,51; IC95% 1,17-5,40; p = 0,018); la posición apical a un riesgo 2 veces mayor en comparación con la basal y medial (HR 2,65; IC95% 1,32-5,33; p = 0,006) y la posición anterior a un riesgo 4 veces mayor (HR 4,06; IC95% 1,38-11,97; p = 0,011) frente a posterior y lateral.

Análisis multivariante

	n	HR	IC 95%	p

Sexo varón	186	13,62	1,80-103,16	0,011
Prevención 2ª	40	2,51	1,17-5,40	0,018
Apical vs Medial-Basal	65/164	2,65	1,32-5,33	0,006
Anterior vs Posterior-Lateral	19/210	4,06	1,38-11,97	0,011

Conclusiones: La posición precisa del electrodo de VI puede ser clave cuando se evalúan los no respondedores. Las posiciones apical y anterior se asocian a un incremento del riesgo de arritmias ventriculares en portadores de DAI-CRT.