



## 6004-95. HEMIBLOQUEO ANTERIOR IZQUIERDO Y/O FRAGMENTACIÓN DEL QRS: ¿PREDICTORES DE RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN EN AUSENCIA DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA?

Justo Juliá Calvo, Lena del Pilar Castro Figueroa, Lola Villagraz Tecedor, Rafael Salguero Bodes, Adolfo Fontenla Cerezuela, Fernando Arribas Ynsaurriaga y María López Gil del Hospital 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La eficacia de la terapia de resincronización cardiaca (TRC) en pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRI) es mayor que en aquellos con bloqueo de rama derecha (BRD) o trastorno inespecífico de la conducción intraventricular (TCIV). Se ha relacionado la presencia de hemibloqueo anterior de rama izquierda (HARI) en pacientes con BRD con un marcado retraso de la activación del ventrículo izquierdo (VI); también se ha descrito la correlación de la fragmentación del QRS con áreas de mayor retraso y asincronía. Estudiamos la respuesta a la TRC en pacientes sin BRI que muestran estos marcadores electrocardiográficos.

**Métodos:** De 175 pacientes portadores de DAI- TRC, se excluyó a los pacientes en los que no se pudo valorar el ECG basal (portadores de otro dispositivo y dependientes de estimulación) y los que no presentaban un adecuado seguimiento. 155 pacientes fueron incluidos, clasificándolos en tres grupos según el patrón del QRS: BRI (grupo 1), ausencia de patrón de BRI, pero presencia de HARI o fragmentación del QRS (grupo 2) o sin éstos (grupo 3). Se realizó una revisión retrospectiva de las características basales, del implante y de la evolución. La variable principal del estudio fue un compuesto de muerte de causa cardiaca y hospitalización por IC.

**Resultados:** Las características basales de los tres grupos no muestran diferencias estadísticamente significativas (tabla). Durante un seguimiento medio de 45 meses, presentaron la variable principal del estudio 40 pacientes en el grupo 1 (32,8%), 8 en el grupo 2 (34,8%) y 7 en el grupo 3 (70%). Al comparar de manera independiente los grupos, se comprobó un mayor desarrollo de la variable principal en el grupo 3, siendo esta diferencia significativa para el grupo 1 ( $p = 0,021$ ) y mostrando una tendencia hacia la significación para el grupo 2 ( $p = 0,12$ ). No se encontraron diferencias significativas respecto al desarrollo de la variable principal entre los grupos 1 y 2 ( $p = 0,719$ ). El análisis multivariable mostró como único factor predictor de respuesta a la TRC el patrón electrocardiográfico.



*Kaplan Meier objetivo principal.*

| Características basales               |               |                          |                                       |       |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------|---------------------------------------|-------|
|                                       | BRI (N = 122) | No BRI con TCVI (N = 23) | No BRI sin TCVI <sup>p</sup> (N = 10) |       |
| Edad, años (DE)                       | 62,3 ± 11,2   | 62,6 ± 11,2              | 59,3 ± 16,2                           | 0,715 |
| Sexo masculino, n (%)                 | 79 (64,8%)    | 20 (87,0%)               | 9 (90,0%)                             | 0,037 |
| HTA, n (%)                            | 60 (55,6%)    | 11 (55,0%)               | 5 (50,0%)                             | 0,944 |
| Diabetes, n (%)                       | 39 (36,1%)    | 9 (45,0%)                | 4 (40,0%)                             | 0,744 |
| Etiología isquémica, n (%)            | 40 (32,8%)    | 9 (39,1%)                | 6 (60,0%)                             | 0,207 |
| Betabloqueantes, n (%)                | 109 (89,3%)   | 21 (95,5%)               | 9 (90,0%)                             | 0,673 |
| IECA/ARA-II, n (%)                    | 107 (88,4%)   | 22 (100,0%)              | 9 (90,0%)                             | 0,244 |
| Antagonistas de la aldosterona, n (%) | 59 (54,6%)    | 13 (65,0%)               | 3 (30,0%)                             | 0,191 |
| Clase NYHA (DE)                       | 2,8 ± 0,5     | 3,0 ± 0,4                | 2,9 ± 0,4                             | 0,235 |
| FEVI, % (DE)                          | 27,0 ± 7,4    | 28,1 ± 4,8               | 30,1 ± 8,2                            | 0,457 |
| VTSVI, ml (DE)                        | 164,9 ± 81,3  | 151,4 ± 67,0             | 153,3 ± 109,0                         | 0,790 |
| IM, grado (DE)                        | 1,7 ± 1,1     | 1,3 ± 0,9                | 0,9 ± 0,8                             | 0,111 |
| Ritmo sinusal, n (%)                  | 95 (77,9%)    | 21 (91,3%)               | 7 (70,0%)                             | 0,259 |
| Duración PR, ms (DE)                  | 191,6 ± 48,8  | 208,1 ± 65,3             | 230,0 ± 48,0                          | 0,170 |
| BRD, n (%)                            | -             | 11 (47,8%)               | 5 (50,0%)                             | 0,909 |
| Duración QRS basal, ms (DE)           | 169,2 ± 23,5  | 162,4 ± 20,8             | 164,0 ± 10,7                          | 0,371 |
| Duración QRS estimulado, ms (DE)      | 143,8 ± 23,6  | 134,9 ± 16,5             | 146,3 ± 21,1                          | 0,251 |

|                                                       |             |            |           |       |
|-------------------------------------------------------|-------------|------------|-----------|-------|
| Cable de VI en vena posterior o posterolateral, n (%) | 102 (89,5%) | 21 (95,5%) | 7 (87,5%) | 0,662 |
| Cable de VI en porción basal o media, n (%)           | 86 (95,6%)  | 18 (94,7%) | 5 (83,3%) | 0,428 |

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra una respuesta similar a la TRC, valorada por el compuesto de muerte cardiológica y hospitalización por insuficiencia cardíaca, en los pacientes con patrón de BRI y en aquellos con BRD o TCIV que presentan HARI o fragmentación del QRS.