



4018-3. MEJORÍA TEMPRANA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA A TRAVÉS DE ESTIMULACIÓN SELECTIVA EN HIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

María Teresa Moraleda Salas, Juan Manuel Fernández Gómez, Álvaro Arce León, Ana José Manovel Sánchez, José Venegas Gamero y Pablo Moriña Vázquez, del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción y objetivos: La estimulación permanente del haz de His (EPHis) puede corregir los trastornos de conducción intraventricular y ofrecerse como alternativa al tratamiento de resincronización (TRC) clásico. Describimos el impacto a corto plazo sobre la función ventricular izquierda (FEVI) y la mejoría de la sincronía intraventricular izquierda.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (enero de 2018 a marzo de 2019) de pacientes candidatos a TRC, resincronizados mediante EPHis. Analizamos: cuantificación de FEVI al mes y medición del retraso de septo-pared posterior (SPP) (precoz y al mes) como parámetro de sincronía intraventricular, éxito del implante, tiempos de escopia, y umbrales agudos y en el seguimiento. Los resultados se expresan en mediana y percentil 25-75.

Resultados: Incluimos 51 pacientes con bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BCRIHH), QRS > 130 ms e indicación de TRC. La mediana de edad fue 66 años (57-72). El 94,11% (n = 48) presentaban miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI). Con estimulación hisiana se consiguió corregir el QRS en el 82,35% (n = 42), no siendo posible en 7 pacientes con MCDNI y en 2 pacientes con cardiopatía dilatada isquémica. Se consiguió la resincronización mediante EPHis en el 76,47% del total de pacientes (n = 39). El QRS basal fue de 160 ms (150-161), y tras TRC mediante EPHis de 110 ms (90-120). Al mes de seguimiento, en pacientes con MCDNI (n = 38) la FEVI fue del 52% (48-57) (basalmente 30% (28-34)), mejorando en todos los casos. En un paciente con cardiopatía dilatada isquémica la FEVI mejoró al 48% (basal 33%). Se analizó el retraso del SPP de VI en modo-M-DTI-color; basalmente fue de 139 ms (131-150) y tras TRC mediante EPHis de 40 ms (19-64), con resultados mantenidos al mes. El tiempo de escopia fue de 4,2 minutos (3,3-5,3). El umbral agudo de His fue 1,6 voltios (0,9-1,9), estable en el seguimiento: al mes de 0,75 Voltios (0,71-2,1), a 3 meses de 0,80 voltios (0,5-1,6), y a 6 meses de 0,89 voltios (0,65-1,9).

Características basales, ecocardiográficas y del procedimiento

Cardiopatía estructural (N = 51)

Miocardiopatía dilatada no isquémica 94,11% (n = 48)

Cardiopatía isquémica con disfunción grave	5,89% (n = 3)
Respuesta eléctrica a la estimulación temporal en His	(N = 51)
Estrechamiento de QRS (QRS 120 ms o corrección > 20% del basal)	82,35% (n = 42)
BCRIHH en no isquémicos	97,62% (n = 41)
BCRIHH en isquémicos	2,38% (n = 1)
No estrechamiento de QRS	17,65% (n = 9)
BCRIHH en no isquémicos	13,73% (n = 7)
BCRIHH en isquémicos	3,92% (n = 2)
Resincronización cardíaca mediante EPHis	(N = 42)
Implante exitoso	92,86% (n = 39)
Éxito global del implante en nuestra serie	(N = 51)
TRC mediante estimulación permanente en His	76,47% (n = 39)
FEVI en pacientes con MCDNI	(N = 38)
FEVI basal (%)	30 (28-34)
FEVI al mes de seguimiento (%)	52 (48-57)
Retraso de septo-pared posterior	(N = 39)
Basal (ms)	139 (131-150)
Al mes de seguimiento (ms)	40 (19-64)

BCRIHH: bloqueo completo de rama izquierda del haz de His; EPHis: estimulación permanente del haz de His; FEVI: función ventricular izquierda; MCDNI:miocardiopatía dilatada no isquémica; TRC: tratamiento de resincronización.



Ecocardiografía (modo-M DTI-color) basal y tras TRC mediante EPHis que muestra las diferencias en un paciente del retraso septo-pared posterior.

Conclusiones: La TRC mediante la EPHis es factible consiguiendo mejorar la FEVI de forma precoz en los pacientes con BCRIHH e insuficiencia cardiaca que precisan TRC. Sería necesario un mayor número de pacientes, así como el diseño de estudios aleatorizados, que pudieran generalizar estos resultados.