



6048-11. SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN DEL NÓDULO AURICULOVENTRICULAR EN EL MISMO PROCEDIMIENTO DE IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE CONDUCCIÓN EN PACIENTES CON TAQUIARRITMIA AURICULAR

Antonio Esteban Arriaga Jiménez, Manuel José Molina Lerma, Eva Cabrera Borrego, Guillermo Gutiérrez Ballesteros, Rosa Macías Ruiz, Juan Jiménez Jáimez, Pablo J. Sánchez Millán, Luis Tercedor Sánchez y Miguel Álvarez López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes sometidos a ablación de nódulo auriculoventricular (NAV) quedan en su mayoría dependientes de la estimulación del dispositivo. Comparamos seguridad y resultados de la estimulación del sistema específico de conducción o fisiológica (EF) respecto a la estimulación convencional (EC) en pacientes sometidos a ablación de NAV.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes sometidos en nuestro centro a implante de marcapasos y ablación de NAV de forma simultánea en el mismo procedimiento desde 2017, indicada por taquiarritmia auricular no controlada por otras terapias. Ninguno era portador de dispositivo previo al procedimiento índice. Este se realizó en régimen ambulatorio (alta el mismo día), durante hospitalización o con alta programada al día siguiente del mismo. Se consideró éxito de ablación cuando el paciente quedaba dependiente de la estimulación artificial.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes en dos grupos: 9 pacientes en el grupo EF (8 con estimulación en rama izquierda y 1 en His) y 13 en el de EC (8 con estimulación en tracto de salida y 5 en ápex de ventrículo derecho [VD]). Las características basales se exponen en la tabla. Los pacientes del grupo EF presentaban un QRS basal más ancho (117 ± 24 ms vs 93 ± 23 ms). La anchura media del QRS tras el procedimiento fue menor en el grupo de EF (124 ± 11 ms vs 153 ± 18 ms; $p = 0,001$). Inmediatamente tras la ablación no hubo diferencias en el umbral de VD ($0,72 \pm 0,64$ V en EF vs $0,59 \pm 0,25$ V en EC; $p = 0,51$), detección ($9,4 \pm 5,1$ mV en EF, vs $12,6 \pm 4,9$ mV en EC; $p = 0,21$) ni impedancia (568 ± 183 en EF vs 593 ± 103 en EC; $p = 0,7$). Como complicaciones agudas, se produjeron un síncope por dislocación del electrodo de VD en las primeras 24h en el grupo EC, que precisó de reintervención; y una microdislocación del electrodo auricular en el grupo EF, que se trató reprogramando. En el seguimiento a 3 meses no hubo ninguna dislocación de electrodo en ninguno de los grupos, así como tampoco diferencias en umbral ($1,08 \pm 0,6$ V vs $0,71 \pm 0,19$ V), detección ($8,3 \pm 4,6$ mV vs $9,12 \pm 3,05$ mV) ni porcentaje de estimulación ventricular (90 ± 24 vs $93 \pm 20\%$).

Características basales y del procedimiento

	Grupo estimulación fisiológica (N = 9)	Grupo estimulación convencional (N = 13)	p
Características basales			
Edad, años	75,5 ± 7,6	90,4 ± 9,1	0,2
Sexo femenino, n (%)	5 (55,6)	10 (76,9)	0,37
HTA, n (%)	9 (100)	7 (53,8)	0,05
DM, n (%)	4 (44,4)	5 (38,5)	1
Obesidad, n (%)	2 (22,2)	3 (23,1)	1
Cardiopatía previa, n (%)	5 (55,6)	8 (61,5)	0,46
Antecedente de IC, n (%)	7 (77,8)	4 (30,8)	0,08
FEVI basal, %	42,2 ± 9,5	56 ± 7,2	0,01
Anchura basal del QRS, ms	117 ± 25	93 ± 23	0,05
Dilatación moderada-grave de AI, n (%)	8 (88,9)	10 (76,9)	0,61
Características del procedimiento			
Modalidad de hospitalización			
Ambulatorio, n (%)	4 (44,4)	5 (38,5)	0,16
Alta programada (24h), n (%)	0	4 (30,8)	
Hospitalización previa, n (%)	5 (55,6)	4 (30,8)	
Electrodo adicional en AD (orejuela), n (%)	4 (44,4)	6 (46,2)	NS

Reintervenciones 30 días, n	0	1	NS
-----------------------------	---	---	----

AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; DM: diabetes mellitus; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; NS: no significativa.



Resultados de la estimulación tras ablación de NAV inmediatamente tras el implante y en el seguimiento a 3 meses.

Conclusiones: La ablación del NAV en el mismo procedimiento de implante de marcapasos con EF puede ser segura, incluso en régimen ambulatorio, logrando además complejos QRS más estrechos. Son necesarios estudios con mayor tamaño de muestra para confirmar nuestros resultados.