

Predictores electrocardiográficos de implante de marcapasos definitivo tras implante de TAVI con válvula autoexpandible: nuestra experiencia

Beatriz Jiménez Rubio(1), Ignacio Sánchez Pérez(1), Alfonso Freites Esteves(1), Marta Andrés Sierra(1), Laura Montesinos Vinader(1), Natalia Manzaneque Morales(1), Loreto María Peco Campos(2), Emilio Blanco López(1), Pablo Soto Martín(1), Carlos Sánchez Sánchez(1), Cinthya Nuez Cuartango(1), Alba López Calles(1), Daniel Águila Gordo(1), Nuria Vallejo Calcerrada(1) y Jesús Piqueras Flores(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Servicio de Geriatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real - España

Introducción: Los trastornos de la conducción son la complicación más frecuente tras el implante de válvula aórtica transcatéter (TAVI). La aparición de alteraciones de novo genera incertidumbre sobre la necesidad de estimulación permanente. El objetivo fue analizar la incidencia de trastornos de la conducción y evaluar los predictores de implante de marcapasos (MCP) en una cohorte contemporánea.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 278 pacientes sometidos a implante de TAVI con válvula autoexpandible. Se analizaron parámetros electrocardiográficos basales y post-procedimiento, y la necesidad de MCP durante el ingreso o el seguimiento a largo plazo.

Resultados: La tasa global de implante de MCP definitivo fue del 17,3% (n=48). Tras excluir a portadores previos, el 18,7% de los pacientes requirió MCP. En el subgrupo sin patología eléctrica previa (n=185), el 44,9% presentó trastornos de novo, siendo el bloqueo de rama izquierda (BRI) el más frecuente (28,1%), seguido del BAV de alto grado (14,1%) y el BAV de I grado (10,3%). En 19 pacientes (22,9%), se combinaron 2 trastornos (predominantemente BAV I grado+BRI). Tras excluir los bloqueos avanzados, el riesgo de MCP en pacientes con otras alteraciones fue bajo y no significativo (5,6% vs 2,9%; p=0,53). En el caso concreto del BRI, no incrementó significativamente el riesgo de MCP (17,7% vs 18,7%; p=0,94). Destaca la benignidad de la asociación BRI + BAV I grado, con un 0% de implantes (n=13).
La presencia de alteraciones de la conducción basales (BRI, BRD o BAV de I-II grado previos) mostró una tendencia hacia una mayor tasa de implante de MCP en comparación con los pacientes sin trastornos previos (22,5% vs. 17,4%), aunque de forma no estadísticamente significativa (p=0,44).
Se identificó un 6,8% de pacientes con necesidad de MCP por BAV diferido en el seguimiento. El 57,9% de ellos no habían presentado alteraciones de la conducción en el post-operatorio inmediato.

Conclusiones: En nuestra cohorte, casi dos tercios de los pacientes desarrollan trastornos de conducción tras la TAVI, aunque solo el 17,3% requirió MCP definitivo. El BAV de alto grado es el motor real del implante, mientras que el BRI y el BAV I grado presentan un curso clínico benigno en nuestra muestra. No obstante, la aparición de

bloqueos diferidos en pacientes sin alteraciones iniciales sugiere la necesidad de mantener una vigilancia estrecha tras el alta.