

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN LOS 30 DÍAS POST IMPLANTE DE VÁLVULA AORTICA TRANSCATETER.

Maria Noel Robaina ¹; Ignacio Batista ¹; Diego Cataldo ¹; Pablo Vazquez ¹; Juan Ignacio Mayol ¹; Carlos Garcia-Martinez ¹; Luis Vidal ¹; Ramon Scola ¹; Hugo Piñeyro ¹; Tomas Dieste ¹; Gustavo Vignolo ¹; Jorge Mayol ¹

1 - Centro Cardiologico Americano, Sanatorio Americano.

Introducción

El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha establecido como una alternativa en el tratamiento de la EAo severa sintomática. El implante de marcapaso definitivo (iMPD) es una de las complicaciones más frecuentes, reportándose entre un 3,4 al 25,9%. Varios son los factores predictores descritos.

Objetivo

Cuantificar la tasa de iMPD postTAVI, analizando indicación, factores predisponentes y sobrevida a corto y mediano plazo.

Método

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de cohorte de pacientes sometidos a TAVI entre marzo 2010 y diciembre 2022. Se evaluó el número de implante de MPD, indicación, factores predisponentes y sobrevida. Se comparó con los pacientes que no requirieron MPD. Se obtuvo consentimiento informado. Variables cualitativas: n y %, continuas: media y desvío estándar (DS). Normalidad: Kolmogorov-Smirnov. Se estudió asociación con Chi2 y OR IC95%. Diferencia entre variables continuas: T de Student muestras independientes. Cálculo de sobrevidas: prueba Kaplan-Meier y test de Breslow. Se presenta análisis uni y multivariado. Nivel de significación: 0,05. Software estadístico: STATA v.17.0

Resultados

Se realizaron 249 TAVI, de las cuales 230 no tenían MPD previo y 34 requirieron iMPD dentro de los 30 días posteriores (14,8%). Las variables que se asociaron con el iMPD fueron antecedente de cardiopatía isquémica (p=0,042), valvuloplastia previa (p=0,011), válvulas autoexpandibles (p=0,05), profundidad del implante (profundidad respecto a valva no coronariana (p=0,04), profundidad respecto a valva coronariana izquierda (p=0,012)), prótesis de primera generación (p=0,013). El PR previo resultó significativamente mayor en el grupo MPD (p=0,014) y el bloqueo completo de rama derecha previo se asoció al iMPD (p=0,005) (Tabla 1). No se observó asociación de las medidas del septum membranoso, del score de calcio valvular ni de la proyección utilizada para el implante de prótesis autoexpandibles (técnica cusp overlap vs cusp alignment) con iMPD. En el análisis multivariado las variables asociadas a iMPD fueron antecedente de cardiopatía isquémica (OR 1,73, IC 1,10-24,07), profundidad del implante (coeficiente beta 1,921, IC 1,431-1,972) y duración PR previo (coeficiente beta 1,913, IC 1,379-2,049). La indicación MPD fue BAV completo (BAVC) 61%(21), bloqueo trifascicular 26,5%(9), bloqueo alternante de rama 8,8%(3) y alargamiento del PR 2,9%(1). El promedio de internación para MPD fue de 4,1±0,4 días sin diferencia significativa respecto al grupo sin MPD (3,8±0,1 días) (p=0,322). La sobrevida en ambos grupos a los 30 días (grupo MPD 97,1±2,9% vs grupo no MPD 98,0±1,0%), al año (grupo MPD 85,3±6,1% vs grupo no MPD 90,1±2,2%) y a los 6,6 años (grupo MPD 54,4±12,4% vs grupo no MPD 78,4±4,5%), no presentó diferencia significativa (p=0,184) (figura 1).

Tabla 1. Variables asociadas con la necesidad de implante de mPD

| | grupo MPD | grupo no MPD | p |
|-------------------------------------|-----------|--------------|-------|
| cardiopatía isquémica, n(%) | 18(52,9) | 68(34,7) | 0,042 |
| valvuloplastia aórtica previa, n(%) | 3(8,8) | 1(0,5) | 0,011 |
| prótesis autoexpandibles | 28(82,4) | 128(65,3) | 0,05 |
| profundidad de implante (mm) | | | |
| valva no coronariana | 5,1±0,5 | 4,0±0,2 | 0,04 |
| valva coronariana izquierda | 5,8±0,6 | 4,4±0,2 | 0,012 |
| prótesis de 1a generación | 5(14,7) | 6(3,1) | 0,012 |
| PR pevio, mseg | 174,8±5,6 | 151,5±3,8 | 0,014 |
| BCRD | 7(20,6) | 10(5,1) | 0,005 |

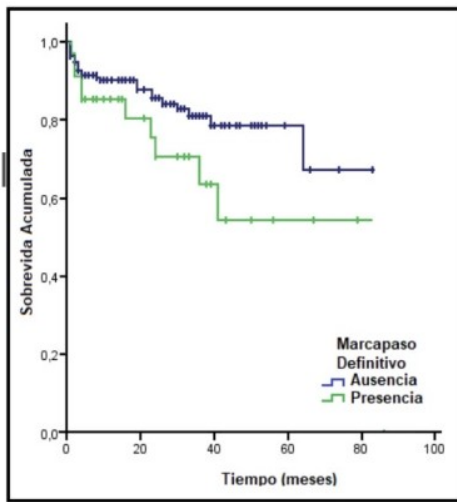


Figura 1. Curvas de sobrevivida para ambos grupos a 80 meses de seguimiento.

Conclusiones

La tasa de implante de MPD fue de 14,8%. El principal motivo de implante fue el BAVC. Las variables asociadas en forma independiente al implante de MPD son el antecedente de cardiopatía isquémica, la profundidad del implante y la duración del intervalo PR previo. No hubo diferencia significativa sobre la sobrevivida.
