

Estimulación de la rama izquierda frente a la estimulación del ventrículo derecho tras el implante transcatéter de válvula aórtica en pacientes con función ventricular izquierda preservada: estudio randomizado PhysTAVI II

Mariona Regany Closa(1), Margarida Pujol López(1), Ander Regueiro Cueva(1), Freddy Rainier Graterol Torres(1), Cora García Ribas(1), Roger Borras Amoraga(1), Jean Baptiste Guichard(1), Lidia Carballeira Pol(1), Marina Poza(1), Pedro J. Caravaca Pérez(1), Adelina Doltra Magarolas(1), Eduard Guasch i Casany(1), Lluís Mont(1) y José María Tolosana Viu(1) de (1)Institut Clínic Cardiovascular (ICCV). Hospital Clínic, Barcelona - España

Introducción: El bloqueo auriculoventricular que requiere implante de marcapasos permanente (IMP) tras el implante transcatéter de válvula aórtica (TAVI) se asocia a resultados adversos. La estimulación de la rama izquierda (LBBP) proporciona una activación ventricular fisiológica, pero su beneficio frente a la estimulación del ventrículo derecho (RVP) sigue siendo incierto en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada tras TAVI.
El objetivo es determinar si la LBBP mejora los resultados clínicos en comparación con la RVP en pacientes con FEVI preservada que requieren IMP por bloqueo AV tras TAVI.

Métodos: Cuarenta y ocho pacientes con FEVI ?50% que requirieron IMP tras TAVI fueron aleatorizados 1:1 a LBBP o RVP. El objetivo primario fue la mejoría clínica a los 12 meses, definida como supervivencia con un aumento ?25% en el test de la marcha de 6 minutos o mejoría de ?1 en la clase NYHA. Los objetivos secundarios incluyeron mortalidad, hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, cambios en la FEVI, “septal flash”, calidad de vida, NT-proBNP y complicaciones relacionadas con el dispositivo.

Resultados: La LBBP fue exitosa en 21 de 24 pacientes (88%). En comparación con la RVP, la LBBP se asoció con una mejor sincronía eléctrica (QRS estimulado más estrecho) y mecánica (reducción del “septal flash”), a costa de un mayor tiempo de implante y mayor exposición fluoroscópica. En el análisis por intention to treat, la mejoría clínica fue similar entre los grupos LBBP y RVP (21% vs. 12,5%; diferencia absoluta de riesgo 8,3%; IC 95% ?13,5% a 29,6%; p=0,701). A los 12 meses, las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (21% vs. 12,5%; p=0,701) y la mortalidad (8,3% vs. 16,7%; p=0,358) no difirieron. Los cambios en la FEVI, clase NYHA, calidad de vida, niveles de NT-proBNP y complicaciones relacionadas con el dispositivo también fueron comparables. Un paciente (4%) en el grupo de RVP desarrolló miocardiopatía inducida por estimulación que requirió upgrade a LBBP.

Conclusiones: En pacientes con FEVI ?50% que requieren IMP tras TAVI, la LBBP mejora la sincronía eléctrica y mecánica en comparación con la RVP sin diferencias en los resultados clínicos, lo cual sugiere una estrategia de

estimulación individualizada.

Table 2. Intention-to-treat: Comparación entre LBBAP y RVP

	LBBP	**RVP**	**p-valor**
Objetivo primario: Supervivencia y mejoría ≥1 clase funcional NYHA o ≥25% en la prueba de la marcha de 6 minutos (6MWT)	5 (21%)	5 (21%)	0.701
	Diferencia absoluta de riesgo 8.3% (95% CI −13.5 to 29.6)		
Duración QRS estimulado (ms)	124 [114 - 131]	160 [142-169]	0.001
Δ LVEF %	0 [-2 – 2]	0 [-3.5 – 3-5]	0.896
Δ 6MWT	-3 [-31 – 37]	-18 [-42 – 16]	0.464
Δ KCCQ12	-1 [-3 – 0]	0 [-2 – 2]	0.232
Δ NT-proBNP, pg/mL	-750 [-3065 – 107]	-428 [-5052 - 5]	0.725
Mejoría ≥ 1 **NYHA**	3 (14%)	2 (10%)	1.000
Reducción Septal flash (mm)	0 [0-2]	2 [2-4]	0.003

LBBP: estimulación de la rama izquierda; RVP: estimulación del ventrículo derecho; LVEF: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; NYHA: clase funcional de la New York Heart Association; 6MWT: prueba de la marcha de 6 minutos; KCCQ-12: cuestionario de miocardiopatía de Kansas City-12; NT-proBNP: péptido natriurético tipo B N-terminal (pg/mL). N (%) [RIC] La diferencia absoluta de riesgo se expresa como LBBP menos RVP.