

La persistencia de la morfología de estimulación de la rama izquierda en V1 se asocia con una mejor respuesta a la terapia de resincronización cardiaca

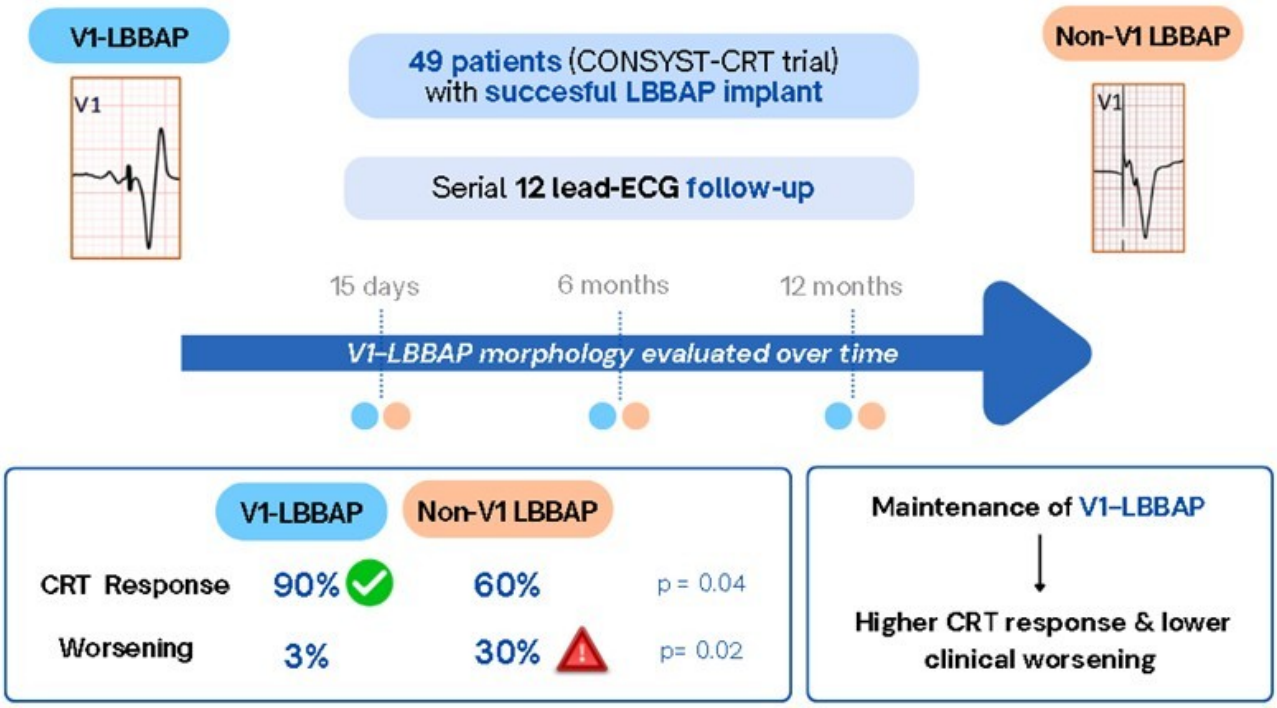
Mariona Regany Closa(1), Freddy Rainier Graterol Torres(1), Roger Borras Amoraga(1), Cora García Ribas(1), Jean Baptiste Guichard(1), Rafael Jiménez Arjona(1), Mireia Niebla Bellido(1), Esther Carro(1), María Ángeles Castel Lavilla(1), Pedro J. Caravaca Pérez(1), Adelina Doltra Magarolas(1), Eduard Guasch i Casany(1), Josep Lluís Mont Girbau(1) y José María Tolosana Viu(1) de (1)Institut Clínic Cardiovascular (ICCV). Hospital Clínic, Barcelona - España

Introducción: La estimulación de la rama izquierda (LBBAP) ha emergido como una alternativa eficaz a la estimulación biventricular para la terapia de resincronización cardiaca (TRC). Aunque múltiples criterios electrocardiográficos (ECG) confirman la LBBAP en el momento del implante, no son fácilmente aplicables durante el seguimiento. El objetivo es evaluar si un QRS con morfología de LBBAP en la derivación V1 se asocia con la respuesta al implante a lo largo del tiempo.

Métodos: Este análisis secundario del estudio CONSYST-CRT (NCT05187611) incluyó a 49 paciente con indicación de TRC y sometidos a LBBAP exitosa. La morfología del QRS estimulado se evaluó en los ECG de 12 derivaciones a los 15 días, 6 y 12 meses tras el implante. La morfología V1-LBBAP se definió como un QRS estimulado con patrón qR, Qr o rsR? en V1, o un ancho del QRS estimulado ?120 ms en ausencia de estos patrones. Los ECG que no cumplían uno de estos dos criterios se clasificaron como no-V1-LBBAP. A los 12 meses, la respuesta al implante se definió como supervivencia sin trasplante cardiaco y mejora >5 puntos en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). El objetivo secundario del estudio era el empeoramiento definido como muerte relacionada con insuficiencia cardiaca o descenso ?5 puntos de la FEVI.

Resultados: De los 49 pacientes, 39 (80%) mantuvieron la morfología V1-LBBAP, mientras que 10 (20%) presentaron morfología no V1-LBBAP a los 12 meses. La pérdida de esta morfología se observó en 6 pacientes (12%) a los 15 días y en 10 (20%) a los 6 meses, manteniéndose hasta el seguimiento a 12 meses. El porcentaje de estimulación ventricular fue similar entre ambos grupos. La respuesta clínica a la TRC fue mayor en los pacientes que mantuvieron la morfología V1-LBBAP durante los 12 meses en comparación con aquellos que no la mantuvieron (90% vs. 60%; OR 0,17; IC 95% 0,03–0,88; p=0,04). Asimismo, el empeoramiento clínico fue menos frecuente en el grupo V1-LBBAP (2,6% vs. 30%; OR 16,39; IC 95% 1,42–166,6; p=0,02)

Conclusiones: El mantenimiento de la morfología V1-LBBAP se asocia con una mayor respuesta a la TRC y menor riesgo de empeoramiento, lo que proporciona un marcador electrocardiográfico sencillo para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de la LBBAP.


V1-LBBAP
V1
49 patients (CONSYST-CRT trial) with succesful LBBAP implant
Serial 12 lead-ECG follow-up
Non-V1 LBBAP
V1
15 days
6 months
12 months
V1–LBBAP morphology evaluated over time
V1-LBBAP
Non-V1 LBBAP
CRT Response
90%
60%
p = 0.04
Worsening
3%
30%
p= 0.02
Maintenance of V1–LBBAP
Higher CRT response & lower clinical worsening