

Impacto del bloqueo de rama izquierda de novo tras la TAVI. Estudio observacional retrospectivo en práctica clínica real de un hospital de tercer nivel en España

Pablo José Castaño Zarza(1), Lucía Arias Otero(1), Sandra Pérez Carbayo(1), Giuseppe Barberis Barcia(1), María García de Pedro(1), Juan Lorenzo Fraile(1), Pedro Urbiola Sáez(1), Begoña Aumente Rodríguez(1), Alberto Serna Fernández(1), Alberto de Ávila Neila(1), Vicente H. Henríquez Sánchez(1), Judith Calle Pérez(1), Lourdes García Bueno(1), María Tamargo Delpón(1) y Ignacio Cruz González(1) de (1)Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca - España

Introducción: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se ha consolidado como una alternativa en el tratamiento de la estenosis aórtica grave. No obstante, los trastornos de conducción son una complicación frecuente de este procedimiento.
Este estudio evalúa la necesidad de implante de marcapasos permanente (MCP) en pacientes que desarrollan bloqueo de rama izquierda (BRI) de novo tras TAVI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó 259 pacientes sometidos a TAVI entre noviembre de 2023 y mayo de 2025. Tras excluir 57 pacientes con BRI o MCP previo, la cohorte final fue de 202 pacientes.
Se recogieron variables clínicas y electrocardiográficas. La necesidad de implante de MCP se categorizó en cuatro periodos: durante el ingreso, primeros 3 meses, 3–12 meses y más allá del año de seguimiento y se recogió el motivo de implante.

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes sometidos a TAVI (edad media 82 años; 48,5% mujeres), de los cuales 112 (55,4%) desarrollaron bloqueo de rama izquierda (BRI) de novo. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin BRI en términos de comorbilidades ni de características electrocardiográficas basales.

Un total de 25 pacientes precisaron implante de marcapasos (MCP) intraprocedimiento, siendo excluidos del análisis comparativo. Durante el ingreso índice, la incidencia de implante de MCP fue superior en el grupo con BRI de novo (18 vs 7), sin alcanzar significación estadística (OR 2,271; IC 95%: 0,9–5,71; p=0,075).

En el seguimiento, se documentaron 6 implantes de MCP en el grupo con BRI de novo (4 en los primeros 3 meses y 2 tras el primer año), frente a 3 implantes precoces (?3 meses) en el grupo sin BRI.

La indicación predominante para el implante de MCP fue el bloqueo auriculoventricular completo persistente (77%), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,676; IC 95%: 0,43–1,73).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes sometidos a TAVI, el desarrollo de bloqueo de rama izquierda (BRI) de novo se asoció con una mayor incidencia de implante de marcapasos tanto durante el ingreso índice como en el seguimiento. La mayoría de los implantes ocurrieron durante el ingreso, lo que respalda las estrategias de monitorización intensiva previas al alta de los pacientes que desarrollan trastornos de conducción.

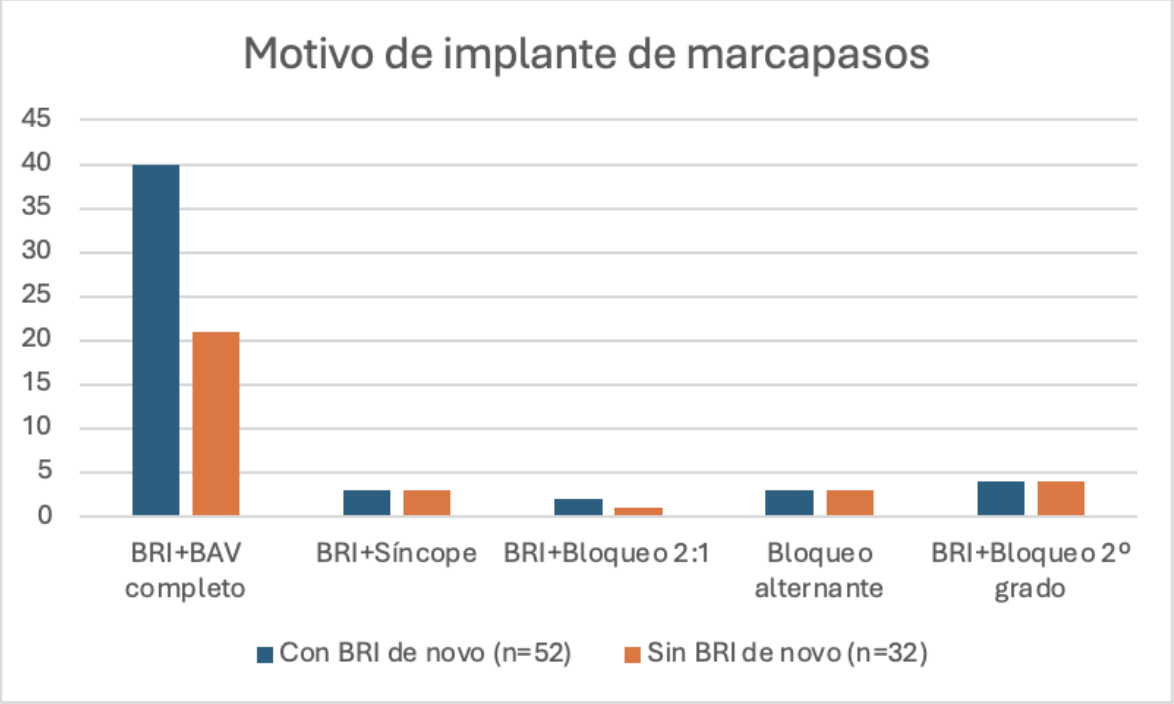


Tabla 1. Comparación de la necesidad de implante de marcapasos en pacientes con BRI de novo Vs sin BRI de novo

	Total (n= 202)	%	Con BRI de novo (n= 112)	%	Sin BRI de novo (n= 90)	%	OR	IC95%	p-value
	202		112	55%	90	45%			
Implante durante el ingreso	50	25%	26	23%	24	27%	0,831	(0,44–1,58)	0,572
Implante intraprocedimiento	25	12%	8	7%	17	19%	0,330	(0,14–0,81)	0,012
Implante durante el ingreso tras procedimiento	25	12%	18	16%	7	8%	2,271	(0,9–5,71)	0,075
Implante desde el alta hasta los 3 meses	7	3%	4	4%	3	3%	1,037	(0,25–4,31)	1,000
Implante desde los 3 meses del alta hasta el año	0	0%	0	0%	0	0%	0,804	(0,02–40,94)	1,000
Implante después del año	2	1%	2	2%	0	0%	4,095	(0,19–86,39)	0,503

BRI: bloqueo de rama izquierda. OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza