

Valor diagnóstico de la repolarización en la estimulación fisiológica

Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Martín Negreira Caamaño(1), Agustín Pastor Fuentes(1), Nuria Gil Mancebo(1), Paula Rodríguez Montes(1), Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Alberto Vílchez Alcocer(1), Edhisson Fernando Parrales Sánchez(1), Rebeca Mata Caballero(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1), María Jesús Espinosa Pascual(1), Paula Awamleh García(1), Alfonso Fraile Sanz(1) y Joaquín Jesús Alonso Martín(1) de (1)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

Introducción: Son múltiples los criterios morfológicos descritos para determinar el tipo de estimulación fisiológica (EF) alcanzada, mayoritariamente centrados en la despolarización ventricular. Nuestra hipótesis es que una estimulación más fisiológica debería minimizar las alteraciones de la repolarización, pudiendo servir para diferenciar diferentes patrones de EF. Nuestro objetivo es validar este criterio en una cohorte de vida real.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos que recibieron un marcapasos con EF por cualquier indicación. Se consideró estimulación de rama izquierda (ERI) a la presencia de cambios de transición durante el test de umbral o la evidencia de captura de un potencial del sistema de conducción, y los demás casos como estimulación septal profunda (ESP). Se consideró como repolarización izquierda normal (RIN) la presencia de una onda T positiva en V5-V6, concordante con la polaridad del QRS, y con un segmento ST isoeléctrico (<1 mm respecto a segmento TP) durante el test de umbral con configuración monopolar. Se realizó un análisis de sensibilidad mediante tablas de contingencia para determinar la capacidad diagnóstica de este patrón.

Resultados: Se analizaron 46 casos (edad 76,8 ± 7,9 años; 58,7% varones) en los que se implantó un sistema de EF (54,5% con criterios de ERI). El principal motivo de implante fue por bloqueo auriculo-ventricular (45,7%) seguido de necesidad de resincronización (19,6%). El QRS basal medio fue de 141,5 ± 33 ms (33,3% con QRS basal estrecho).
Se identificaron 13 casos (28,3%) con criterios de RN. La RIN fue más habitual en los casos de ERI (48.0 vs. 4,8%; p<0,001). Entre los casos de ERI, la presencia de RIN se asoció a la presencia de una FEVI basal >50% (91,7 vs 38,5%; p=0,011), menor diámetro telediastólico (49,3 ± 7,6 vs. 56,5 ± 8,5 mm; p=0,046) y QRS basal más estrecho (119,8 ± 26 vs. 158,2 ± 28 ms; p=0,002). Los pacientes con ERI que presentaban RIN presentaron unos parámetros de EF más favorables (LVAT-V6 76,6 ± 11 vs. 91,0 ± 21 ms; p=0,050; QRS estimulado 114,2 ± 15,0 vs. 133,5 ± 17,4 ms; p=0,007).
La presencia de RN presentó unos valores de sensibilidad y especificidad de 0,48 y 0,95, con un valor predictivo positivo y negativo de 0,92 y 0,61, respectivamente.

Conclusiones: La presencia de una RN con la estimulación podría constituir un marcador específico de ERI, especialmente en pacientes con escaso remodelado eléctrico y mecánico.