

Captura de rama izquierda frente a resincronización cardiaca biventricular: ¿cambio de paradigma? Experiencia y resultados preliminares en nuestro centro

Belén Rojas Escrivá(1), José Medina Suárez(2), Haridian Mendoza Lemes(2), Antonio García Quintana(3), Carmen Acosta Calero(1), Jonathan Deniz Rosario(1), José Antonio Bonilla Fernández(2), José Juan García Salvador(2), Mario Galván Ruiz(3), María del Val Groba Marco(1), Miguel Fernández de Sanmamed Girón(1), Eduardo Caballero Dorta(1) y Luis Burgos Ramírez(1) de (1)Cardiología, (2)Unidad de Arritmias y (3)Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España

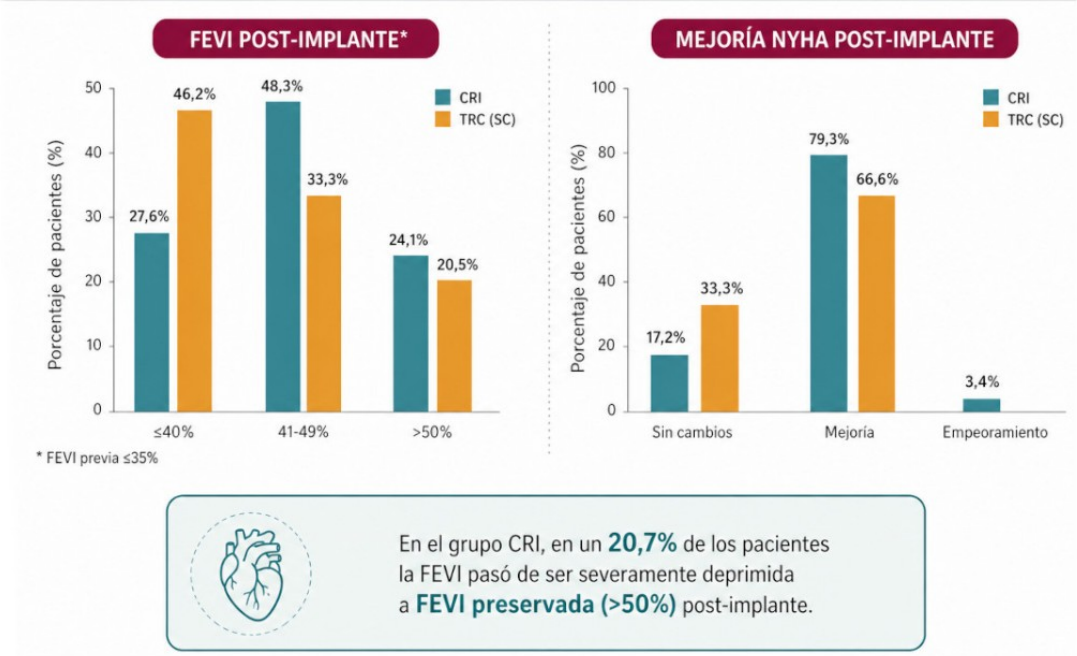
Introducción: En pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida e indicación de resincronización, la terapia de resincronización cardiaca biventricular (TRC) dispone de la mayor evidencia, con impacto en mortalidad, hospitalizaciones y calidad de vida.
Sin embargo, la estimulación del sistema de conducción, en particular la captura de rama izquierda (CRI), ha emergido como alternativa prometedora, aunque con evidencia aún limitada.
El objetivo fue comparar la evolución clínica y ecocardiográfica entre CRI y TRC convencional, evaluando mejoría en FEVI y clase funcional NYHA.

Métodos: Estudio observacional de 42 pacientes consecutivos con FEVI ?35% e indicación de resincronización bajo tratamiento médico óptimo, implantados entre abril de 2024 y septiembre de 2025. Veintinueve recibieron CRI y trece TRC. Las variables continuas se expresaron como mediana (rango intercuartílico) y las categóricas como n(%), empleando pruebas paramétricas o no paramétricas según distribución.
En nuestro centro, desde enero de 2025 se priorizó CRI como primera estrategia; en casos de cicatriz septal, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo >70mm o fracaso en criterios de captura, se realizó TRC vía seno coronario.

Resultados: La edad media fue 69 años en CRI y 64 en TRC. La etiología isquémica fue más frecuente en TRC (p=0,047), sin otras diferencias basales. Un paciente del grupo CRI requirió finalmente TRC por imposibilidad técnica. El porcentaje de estimulación ventricular fue elevado en ambos grupos, con parámetros óptimos en CRI. Durante el seguimiento, ambos grupos mostraron mejoría en FEVI y clase funcional NYHA, sin diferencias significativas. La mejoría de la FEVI, definida como cambio de categoría (?35% a 41–49% o >50%), se observó en 16 pacientes (55,2%) del grupo CRI y en 5 (38,5%) del grupo TRC; en CRI, el 20,7% alcanzó FEVI>50%. La clase NYHA mejoró en el 79% de los pacientes con CRI. Como limitación, once pacientes no disponían de ecocardiograma de seguimiento.

Conclusiones: La estimulación mediante CRI mostró resultados clínicos y ecocardiográficos comparables a la TRC

convencional, sugiriendo que podría ser una alternativa eficaz en pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida. Ambas estrategias se asociaron a mejoría en FEVI y clase funcional. Son necesarios estudios aleatorizados y a largo plazo que evalúen mortalidad y hospitalizaciones.



CRI: Captura de rama izquierda; TRC (SC): Terapia de resincronización cardiaca vía seno coronario; FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; NYHA: New York Heart Association.

Características basales y resultados post-implante

	CRI; n=29 (69%)	**TRC SC; n=13 (31%)**	**P**
Edad	69 (61;80)	64 (61;79)	0.740
Tipo de implante • **A) Marcapasos** • **B) Upgrade a CRI / TRC SC** • **C) Desfibrilador**	• A) 8 (27.6%) • B) 8 (27.6%) • C) 13 (44.8%)	• A) 2 (14.4%) • B) 3 (23.1%) • C) 8 (61.5%)	
Etiología isquémica	12 (41.4%)	10 (76.9%)	0.047
QRS basal (ms)	166 (158; 180)	170 (164; 174)	0.522
BRIHH previo **BRDHH previo** **Trastorno inespecífico**	28 (96.6%) 1 (3.4%) 0	0 12 (92.3%) 1 (7.7%)	0.200
FEVI %	32 (28; 34)	30 (24; 35)	0.586
DTDVI (mm)	61 (56; 65)	62 (57.8; 72.5)	0.223
NYHA basal • I • II • III • IV	I: 0 II: 10 (34.5%) III: 16 (55.2%) IV: 3 (10.3%)	I: 0 II: 8 (61.5%) III: 4 (30.8%) IV: 1 (7.8%)	0.261
QRS estimulado (ms)	126 (122; 134)	138 (124;142)	0.270
LVAT (grupo rama izquierda) ms	79.8 (75; 85)		
Grupo FEVI post-implante • Menor o igual a 40% • 41-49% • Mayor o igual a 50% • Sin ecocardiograma seguimiento	• <40%: 6 (20.7%) • 41-49%: 10 (34.5%) • >50%: 6 (20.7%) • 7 pérdidas	• <40%: 4 (30.8%) • 41-49%: 3 (23.1%) • >50%: 2 (15.4%) • 4 pérdidas	0.696
Mejoría como cambio de grupo FEVI post-implante	16 (55.2%)	5 (38.5%)	0.625
Mejoría NYHA post implante	23 (79.3%)	8 (66.7%)	0.583
NYHA post-implante • I • II • III • IV	• I: 8 (27.6%) • II: 18 (62.1%) • III: 3 (10.3%) • IV: 0	• I: 4 (30.1%) • II: 6 (46.2%) • III: 2 (15.3%) • IV: 0	0.693
% Pacing	100 (98; 100) Media= 97.5%	100 (99;100) Media = 98.9%	
Complicaciones	1 enfisema subcutáneo	1 dislocación cable	

CRI: Captura de rama izquierda; TRC SC: Terapia de resincronización cardiaca vía seno coronario; BRIHH: bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His; BRDHH: Bloqueo de rama derecha del Haz de His; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DTDVI: Diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; NYHA: New York Heart Association; LVAT: Tiempo de Activación del Ventrículo Izquierdo