



4028-4. PAPEL DE LA INDUCIBILIDAD Y DEL MAPEO DE ACTIVACIÓN EN TAQUICARDIA DURANTE LA ABLACIÓN DE TAQUICARDIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

Óscar Cano Pérez, Víctor Pérez Roselló, Patricia Arenas Martín, Meryem Ezzitouny, Víctor Donoso Trenado, Assumpció Saurí Ortiz, Joaquín Osca Asensi, Maite Izquierdo de Francisco, M. José Sancho-Tello de Carranza y Luis Martínez Dolz, del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación completa del sustrato potencialmente arritmogénico en pacientes con taquicardia ventricular (TV) en presencia de cardiopatía estructural ha demostrado aumentar la tasa de éxito agudo de la ablación así como la disminución de las recurrencias en el seguimiento. Por este motivo la ablación de sustrato, sin mapeo de activación de TV, se utiliza en muchos casos como primera y única opción durante la ablación de TV. El objetivo de este trabajo ha sido valorar la utilidad de la inducibilidad de TV y del mapeo de activación durante los procedimientos de ablación y su influencia sobre el éxito agudo y recurrencias.

Métodos: Pacientes consecutivos con TV y cardiopatía estructural remitidos para ablación en los que se pudo inducir al menos una TV. Se evaluó el número de T frente a inducidas durante el procedimiento así como la posibilidad de realización de mapeo de activación en taquicardia y la influencia de estas 2 variables sobre la tasa de éxito agudo y sobre las recurrencias en el seguimiento. Se definió como éxito agudo la no inducibilidad de ningún tipo de TV sostenida al final del procedimiento.

Resultados: 124 pacientes fueron sometidos a 155 procedimientos de ablación de TV durante los cuales se indujo al menos una TV sostenida. La inducción de una única morfología de TV se asoció a una tasa de éxito agudo de la ablación significativamente mayor que aquellos en los que se indujo más de una TV (82,5 frente a 58,9%, $p = 0,004$), y a un menor porcentaje de escara endocárdica ($13,5 \pm 12,5$ frente a $19,1 \pm 13,9\%$, $p = 0,05$). El éxito agudo también fue mayor en aquellos pacientes con mapeo de activación de la TV frente a los que no fue posible (86 frente a 59,2%, $p = 0,001$). Con un seguimiento medio de 711 ± 630 días, la supervivencia libre de recurrencias de TV fue significativamente menor en los pacientes con > 1 TV inducida frente a una única TV inducida (66,3 frente a 87,1%, $\log rank p = 0,001$) (figura) y hubo una tendencia hacia una menor supervivencia libre de recurrencias entre aquellos pacientes en los que no se había podido hacer un mapeo de activación durante el procedimiento de ablación (71,8 frente a 83,9%, $\log rank p = 0,144$).

Características basales de los pacientes y parámetros eléctricos en el seguimiento

Edad (media $\pm$ DE)

62 $\pm$ 14

Sexo masculino (%)	92
Insuficiencia renal (%)	28
Tratamiento antiarrítmico previo (%)	
Ninguno	50
Amiodarona	47
Sotalol	2,5
FEVI (media $\pm$ DE)	34 $\pm$ 15
Tipo de cardiopatía estructural (n, %)	
MCD isquémica	61
MCDNI	16
Valvulopatía	4
Cardiopatía congénita	9
Otras	10
Número taquicardias inducidas (media $\pm$ DE)	2,3 $\pm$ 1,5
Longitud ciclo taquicardias inducidas (ms)(media $\pm$ DE)	366 $\pm$ 98
Mapeo activación en taquicardia (n, %)	39 (80)

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; MCD: miocardiopatía dilatada; MCDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica.



Supervivencia libre de recurrencia de TV en función de inducción de una o más morfología de TV.

Conclusiones: Tanto la inducibilidad de taquicardias al inicio del procedimiento como el mapeo de activación aportan información muy relevante sobre la probabilidad tanto de éxito agudo de la ablación de TV como sobre la predicción de recurrencias arrítmicas en el seguimiento.