



6001-6. RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA ABLACIÓN DE SUSTRATO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR INCORPORANDO EL ANÁLISIS DE CONDUCCIÓN ENLENTECIDA OCULTA

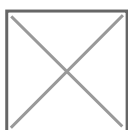
Juan Acosta Martínez¹, Beatriz Jáuregui Garrido², David Soto Iglesias², Diego Penela Maceda³, Juan Fernández-Armenta⁴, Manuel Frutos López¹, Eduardo Arana Rueda¹, Alonso Pedrote¹ y Antonio Berruezo Sánchez², del ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ²Centro Médico Teknon, Barcelona, ³Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza Emilia-Romagna (Italia) y ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de sustrato de taquicardia ventricular (TV) incorporando el análisis de conducción enlentecida oculta (CEO) permite identificar sustrato arritmico adicional. Este estudio analiza si el análisis y ablación de electrogramas con CEO (EGM-CEO) mejora los resultados de la ablación de sustrato de TV a corto y largo plazo.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 70 pacientes sometidos a ablación de sustrato de TV. Los EGM bipolares identificados en la cicatriz o alrededor de la misma con ≥ 3 deflexiones y una duración ≥ 133 ms fueron considerados como potenciales EGM-CEO. Siempre que se identificaba un potencial HSC-EGM, se introducía un doble extraestímulo ventricular desde el ápex del ventrículo derecho. La respuesta evocada a este doble extraestímulo fue analizada. Si con el doble extraestímulo se ponía de manifiesto un potencial local retrasado, este EGM se anotaba como EGM-CEO. Las aplicaciones de radiofrecuencia (RF) fueron dirigidas a las entradas de los canales de conducción (CC) y a los EGMs-CEO. La inducibilidad de TV tras la ablación de sustrato, el tiempo de RF y la recurrencia de TV a los 2 años del procedimiento fueron comparados con los obtenidos en un grupo control histórico de pacientes ($n = 67$).

Resultados: Se analizaron 5.076 EGMs. 1029 (20,2%) calificaron para potenciales EGMs-CEO, y 453 de ellos fueron marcados como HSC-EGMs tras analizar la respuesta evocada al doble extraestímulo. Los pacientes que presentaban EGMs-CEO ($n = 43$, 61,4%) mostraron una cicatriz más pequeña ($39,6 \pm 28,2$ frente a $69,4 \pm 38,2$ cm²; $p = 0,005$) y más heterogénea (*core/scar area ratio* $0,24 \pm 0,2$ frente a $0,43 \pm 0,17$; $p = 0,03$) en el mapa electroanatómico. El 29,6% de los EGMs-CEO se localizaron en zonas con voltaje normal. El 83,5% de los EGMs-CEO fueron diana de ablación. Los pacientes sometidos a ablación de sustrato incorporando el análisis de CEO requirieron un menor tiempo de RF ($15,9 \pm 10$ frente a $25 \pm 12,7$ minutos; $p = 0,016$) y mostraron una tasa de inducibilidad de TV tras la ablación de sustrato menor ($25,7$ frente a $40,3\%$; *log rank* $p = 0,047$) que el control histórico.



Conclusiones: El análisis y ablación de EGMs-CEO durante la ablación de sustrato de TV permite la identificación y eliminación de sustrato arritmico adicional (especialmente en zonas con voltaje bipolar

normal) y se asocia a una reducción del tiempo de RF y de la inducibilidad de TV tras la ablación de sustrato, así como a una menor tasa de recurrencias a 2 años.