



5014-4. IMPACTO DE UNA OCLUSIÓN CORONARIA CRÓNICA SOBRE LA RECIDIVA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR DESPUÉS DE ABLACIÓN

Andrea di Marco¹, Teresa Oloriz², John Silberbauer², Paolo Dallaglio¹, Ignasi Anguera¹, Xavier Sabaté¹ y Paolo Della Bella² del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y ²Ospedale San Raffaele, Milán, Italia.

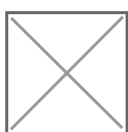
Resumen

Introducción: Después de una ablación de taquicardia ventricular (TV), al menos un tercio de los pacientes con cardiopatía isquémica presentará una recidiva arrítmica. Ningún factor angiográfico ha resultado predictor de recidiva de TV después de ablación. Por otra parte, la presencia de una oclusión coronaria crónica (CTO) y la heterogeneidad de la cicatriz del infarto son predictores independientes de terapias apropiadas de DAI.

Objetivos: Valorar el impacto de una CTO en la arteria responsable del infarto (IRA-CTO) sobre la recidiva de TV después de ablación. Valorar el impacto de la IRA-CTO sobre la composición de la cicatriz.

Métodos: Incluimos todos los pacientes con cardiopatía isquémica, remitidos para ablación de TV y que tuvieran un estudio de la anatomía coronaria realizado durante el ingreso para la ablación.

Resultados: 84 pacientes formaron la población del estudio. Comparando los pacientes con y sin IRA-CTO, no se encontraron diferencias significativas cuanto a prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, FEVI, clase NYHA, presentación de la TV antes de la ablación, estrategia de ablación o resultado agudo del procedimiento. La mediana de seguimiento post ablación fue de 19 meses. El 33% de los pacientes presentaron recidiva de TV. La tasa de recidiva de TV fue significativamente mayor en los pacientes con IRA-CTO (47% vs 16%; $p = 0,003$). En el análisis multivariante, los únicos predictores de recidiva de TV fueron IRA-CTO (HR 4,5; IC95% 1,7-11,8; $p = 0,002$) y FEVI (HR 0,93; IC95% 0,88-0,99; $p = 0,014$). Los pacientes con IRA-CTO también presentaron más recidivas en forma de tormenta arrítmica o TV incesante (19% vs 3%; $p = 0,04$) y requirieron con más frecuencia una segunda ablación (28% vs 5%; $p = 0,01$). En cambio, no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a eventos relacionados con la insuficiencia cardíaca. El análisis de los mapas electroanatómicos (EAM) mostró que IRA-CTO se asocia a mayor área de border zone (36 cm² vs 19 cm²; $p = 0,001$). Entre los parámetros de los EAM, el área de border zone resultó ser el único predictor independiente de recidiva de TV (HR 1,05; IC95% 1,01-1,09; $p = 0,007$).



Curva de supervivencia libre de taquicardia ventricular, basada en el análisis multivariante de Cox y con estratificación por IRA-CTO.

Conclusiones: IRA-CTO es un predictor independiente de recidiva de TV después de ablación. El efecto proarrítmico de IRA-CTO podría ser mediado por su impacto sobre el área de la border zone y por lo tanto sobre la heterogeneidad de la cicatriz.