



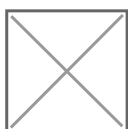
4007-2. CARACTERIZACIÓN ANATÓMICA PRECISA DE LOS CIRCUITOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR MEDIANTE CARTOGRAFÍA DE CICLOS DE RETORNO

Sergio Castrejón Castrejón, José Luis Merino Llorens, David Doiñy, Alejandro Estrada Muzzi, David Filgueiras Rama, Ana Peinado, Marta Ortega Molina y José Luis López Sendón de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada, Hospital Universitario La Paz., Madrid, Servicio de Cardiología del Hospital Infanta Cristina (Madrid) y Servicio de Cardiología del Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La caracterización anatómica precisa del circuito de las TV se puede conseguir plasmando en una reconstrucción tridimensional del ventrículo las regiones con CR (ciclos de retorno) exactos.

Material y Métodos: Se indujeron las TV clínicas y se hizo la reconstrucción anatómica del endocardio del VI mediante sistema navegador durante TV. Se realizó cartografía de activación de alta densidad y de CR: a cada color del espectro de tiempos de activación del navegador se le asignó un rango de ciclos de retorno, de modo que las áreas con CR exactos (CR – longitud de ciclo [LC] de TV < +10 ms) quedan representadas en blanco o rojo y el resto de valores de CR en orden creciente con los otros colores (fig). Se muestra una OAI craneal de VI. El mapa de activación muestra la zona de precocidad adyacente al circuito representado por el mapa de CR (blanco y rojo = CR exacto). La parte del circuito que falta corresponde a un electrograma muy fragmentado.



Resultados: Se incluyen 8 pacientes consecutivos (100% varones, edad 70 ± 10 años) con 8 TV estables (LC fr 370 ± 36 ms). 6 (75%) con infarto previo y 2 sin miocardiopatía estructural. Los procedimientos duraron de media $4,3 \pm 1$ horas y en todos se realizó mapa de CR (> 15 puntos) y activación. La superficie media de la zona con CR exactos (es decir, el área endocárdica que ocupa el circuito) fue 30 cm^2 (rango 5,4- 78 cm^2 , un paciente no presentó CR exactos en endocardio), lo que representa de media el 18% (rango 3-40%) de la superficie endocárdica total. La delimitación precisa del circuito permitió la ablación exitosa en 5 (63%) pacientes con aplicaciones focales endocárdicas (tiempo medio hasta éxito 12 s, rango 5-15 s). En estos 5 pacientes la porción endocárdica del circuito mostrada por el mapa de CR comprendía la zona de conducción lenta, con precocidades > 60 ms en el mapa de activación. En los otros tres la ablación fue exitosa en epicárdico (tiempo hasta éxito 13 s, rango 4-29 s). En dos de éstos el circuito tenía componentes endocárdicos muy amplios (40 y 31 cm^2) pero la “zona protegida” o crítica de la reentrada (precocidad y potenciales diastólicos) era de epicárdica.

Conclusiones: Los mapas de CR definen con precisión la extensión total del componente endocárdico del circuito de las TV. Particularmente en los pacientes con sustrato isquémico la estructura tridimensional del circuito puede ser compleja y abarcar porciones meso y epicárdicas. En estos casos el istmo protegido puede

no estar representado por el mapa de CR endocárdico, lo cual se sospecha cuando la cartografía de activación no muestra precocidades o electrogramas diastólicos patológicos.