



6076-559. IMPACTO DE LA RUTA DE ACCESO AL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LOS RESULTADOS DE LA ABLACIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR

Sofía Calero Núñez, Víctor Manuel Hidalgo Olivares, Sara Díaz Lancha, Raquel Ramos Martínez, Laura Expósito-Calamardo, Juan Carlos García López, Ana de León Ruiz, Miguel José Corbi Pascual, Cristina Ramírez Guijarro, Soledad Gil Gómez, Cristina Alcahud Cortés, Javier Cano Garrigos, José Manuel Barraón Bravo, Nuria Vallejo Calcerrada y José Enero Navajo

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación endocárdica de taquicardia ventricular (TV) se puede realizar mediante acceso retrógrado (aórtico: Ao) o anterógrado (transeptal: TS). Se ha visto que, según el acceso utilizado, la fuerza de contacto ejercida en cada segmento del ventrículo izquierdo (VI) es diferente. Nuestro objetivo es analizar si un acceso combinado (Ao y TS) puede mejorar los resultados de la ablación de TV. Como objetivo secundario analizamos otros factores predictores de recurrencia arrítmica.

Métodos: Estudio observacional de pacientes (p) consecutivos con cardiopatía estructural sometidos a ablación de TV entre 2011 y 2019. Se evaluó la influencia del acceso combinado en la tasa de éxito agudo y en las recurrencias en el seguimiento, también se compararon las complicaciones.

Resultados: 43p ($67,8 \pm 9,6$ años; 92,3% hombres) fueron sometidos a 50 procedimientos de ablación de TV. El 88,5% tenían cardiopatía isquémica y la FEVI media fue $33,5 \pm 8,3$. En 39 casos se usó un solo acceso: 35 Ao y 4 TS (Grupo 1) y en 11 se usó el acceso combinado (Grupo 2). En este último grupo se usó con más frecuencia catéter con sensor de contacto (100 vs 59%; $p = 0,01$) y la tasa de reprocedimiento era más alta (36,4 vs 7,9%; 0,036) como es de esperar, pues ante un primer procedimiento fallido a través de un acceso, en el segundo procedimiento es más frecuente decantarse por el acceso combinado. En el grupo 1 hubo más p en NYHA III-IV. No hubo diferencias en el resto de las características basales (tabla). Hubo una tendencia a mayor éxito en los procedimientos con acceso combinado (100 vs 76,9%; $p = 0,18$) sin ser significativo. Con un seguimiento medio de $28,7 \pm 27,1$ meses, la supervivencia libre de recurrencias fue similar en ambos grupos (49,9% en el grupo 1 vs 55,4% grupo 2; $p = 0,8$) (fig.), también fue similar la mortalidad total (30,8 vs 36,4%) y cardiovascular (23,1 vs 18,2%). En el análisis multivariado el único predictor de recurrencia fue una ablación inicial no exitosa [HR 2,9 (IC95% 1,1-7,7); $p = 0,032$].

Características basales y resultados

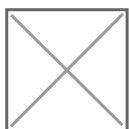
Características basales	Acceso único (39)	Acceso retroaórtico + transeptal (11)	p
	Retroaórtico (35)		

Transeptal (4)

Edad (años)	69,5 ± 9	63,5 ± 11	
Sexo masculino	94,9% (37)	81,9% (9)	0,21
HTA	87,2% (34)	81,8% (9)	0,64
DM	48,7% (19)	54,5% (6)	1
M. isquémica	87,2% (34)	90,9% (10)	0,6
Tabaquismo	28,2% (11)	36,4% (4)	0,71
IRC	46,2% (18)	27,3% (3)	0,32
REDO	7,9% (3)	36,4% (4)	0,036
C. contacto	59% (23)	100% (11)	0,01
Tratamiento antiarrítmico	94,9% (38)	90,9% (10)	NS
FEVI 30%	25,6% (10)	27,3% (3)	0,59
Dispositivo			
DAI	92,3% (36)	81,8% (9)	0,3
TRC	25,6% (10)	27,3% (3)	1
NYHA III-IV	46,2% (18)	9,1% (1)	0,035
Tormenta arrítmica	59,5% (22)	36,4% (4)	0,3
Éxito inicio de la ablación	76,9% (30)	100% (11)	0,18

Ablación en TV	30,8% (12)	36,4% (4)	0,73
Complicaciones mayores	2,7% (1)	9,1% (1)	0,41
Recurrencia total	43,6% (17)	36,4% (4)	0,74
Recurrencia al año	38,5% (15)	36,4% (4)	0,59
Muerte al año	13,5% (5)	27,3% (3)	0,36
Mortalidad total	30,8% (12)	36,4% (4)	
Mortalidad CV	23,1% (9)	18,2% (2)	0,73
Arrítmica	7,7% (3)	18,2% (2)	

Las variables cuantitativas se recogen como media $\pm$ desviación estándar y las variables cualitativas en porcentaje y entre paréntesis en valor absoluto. Se define como complicaciones mayores: taponamiento o derrame que requiere drenaje y muerte.



Gráficas de supervivencia libre de recurrencia arrítmica.

Conclusiones: El acceso combinado retroaórtico y transeptal no supuso un aumento de complicaciones respecto al acceso único. En línea con estudios previos observamos que ambos accesos se complementan bien pues hubo una tendencia a mayor éxito del procedimiento cuando se utilizaban ambos, sin embargo, no hubo diferencias en las recurrencias durante el seguimiento. La ablación inicial no exitosa fue predictor de recurrencias.