



6007-22. TAQUICARDIA VENTRICULAR FOCAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL: UNA SITUACIÓN NO INFRECUENTE

María López Gil, Marta de Riva Silva, Adolfo Fontenla Cerezuela, Alfonso Jurado Román, Santiago de Dios Pérez, Elena Mejía Martínez, Rafael Salguero Bodes y Fernando Arribas Ynsaurriaga del Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las taquicardias ventriculares (TV) en los pacientes con cardiopatía estructural se producen habitualmente por la presencia de circuitos de macrorreentrada relacionados con cicatrices de infarto o áreas de fibrosis. Hemos revisado los mecanismos de TV en los pacientes con cardiopatía estructural sometidos a ablación en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo de los procedimientos de ablación de TV realizados en pacientes con cardiopatía estructural.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes consecutivos en los que se realizó 63 procedimientos de ablación. 34 tenían cardiopatía isquémica, 14 dilatada, 1 congénita y 4 hipertrófica. En 9 pacientes (5 cardiopatía dilatada, 3 isquémica y 1 hipertrófica) se identificó un origen focal en tracto de salida de ventrículo derecho (2 pacientes), en tracto de salida de ventrículo izquierdo (4 pacientes), en anillo mitral (1 paciente) y en el sistema His-Purkinje (2 pacientes). Se sospechó antes del estudio un mecanismo distinto al de macrorreentrada por la morfología en el ECG de superficie (6 pacientes), comportamiento clínico (no sostenido y/o incesante en 3 pacientes, tormenta arrítmica en 1 paciente) o la respuesta a fármacos (sensibilidad a verapamilo en 1 paciente). Se realizó reconstrucción anatómica y mapa de voltaje con Navx. El mecanismo se estudió mediante mapeo de activación, topoestimulación y/o encarrilamiento y se confirmó tras la ablación focal exitosa en 8 de los 9 casos. Un paciente con extrasístoles y TV no sostenida de tracto de salida de ventrículo izquierdo necesitó abordaje epicárdico.

Conclusiones: En esta serie, el 17% de los pacientes con cardiopatía estructural sometidos a ablación por TV presentan mecanismos diferentes de la macrorreentrada. El comportamiento clínico y la morfología del ECG de la TV permiten sospecharlo en la mayoría de los casos.