Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 378

Revista Española de Cardiología

6001-495. DEMOSTRACIÓN MEDIANTE MAPAS DE CICLO DE RETORNO DE LA REENTRADA PERIMITRAL COMO UN POTENCIAL MECANISMO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

Sergio Castrejón Castrejón, José Luis Merino, David Filgueiras, Marta Ortega, David Doiny, Alejandro Estrada, Jorge Figueroa y José Luis López-Sendón de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada y Servicio de Cardiología del Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Es conocida la participación de istmos de conducción lenta submitrales en el circuito de TV en algunos pacientes con cardiopatía estructural. Sin embargo, se desconoce la disposición de estos circuitos y si participan en ellos otros segmentos ventriculares del anillo mitral.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con macroreentrada ventricular relacionada con el anillo mitral. Todos fueron estudiados con Ensite NavX. Se cartografió la TV con mapas de activación y de ciclo de retorno (CR) postencarrilamiento, cuyos valores se representaron sobre la geometría del VI para delimitar de forma precisa la ubicación del circuito. Los valores de CR - longitud de ciclo de la TV 10 ms se representaron en blanco (fig.) y corresponden a puntos dentro del circuito. Tras delimitarlo, se intentó su ablación con aplicaciones de focales de RF.

Resultados: Se diagnosticaron 5 TV perimitrales en 4 pacientes, todos varones con edad 62 ± 9 años e infarto previo (anterior, inferior, lateral e inferoposterior, respectivamente) acontecido 28 ± 6 años antes de la ablación. La FEVI fue 28 ± 7%. La indicación de ablación fue por TV incesante en uno, síncope en un caso y múltiples descargas de DAI en los otros. En todos ellos se demostró mediante cartografía de CR (34 ± 14 puntos) y de activación (200 ± 30 puntos) una reentrada perimitroaórtica, cuyo circuito daba la vuelta a todo el VI en un plano paralelo al plano mitral (2 con giro horario y 3 antihorario). El circuito (área con CR +10 ms) ocupaba el 29 ± 12% de la superficie endocárdica. En 4/5 TV el circuito era inmediatamente adyacente al anillo y en el quinto estaba separado de él en algún segmento por una cicatriz basal. La zona de conducción lenta estaba en todos los casos en el seno de cicatriz, inmediatamente adyacente al anillo mitral en 4/5 TV y en uno el canal era epicárdico. Un paciente presentó dos morfologías de TV (horaria [BRD eje superior izquierdo] y antihoraria [BRD eje inferior derecho]) usando el mismo canal en la cicatriz antero-septal basal. Se consiguió éxito de ablación en todos los casos con aplicaciones focales de radiofrecuencia.

Conclusiones: Esta serie demuestra por primera vez la existencia de un mecanismo por reentrada perimitroaórtica en algunos pacientes con TV y cardiopatía estructural. A pesar de la complejidad y amplitud de estos circuitos, la mayoría de ellos pueden ser ablacionados mediante aplicaciones focales de RF.

6001-495.tif

Dos ejemplos de TV perimitral: con la totalidad del circuito adyacente al anillo mitral (A) y con parte del circuito separado del mismo por un área de cicatriz densa (B).