



6001-464. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON REALCE TARDÍO PARA PLANIFICAR EL ACCESO ENDOCÁRDICO FRENTE A EPICÁRDICO EN LA ABLACIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES

Juan Fernández-Armenta Pastor, David Andreu Caballero, Antonio Berruezo Sánchez, José Tomás Ortiz Pérez, Diego Pérez Díez, Tim Boussy, Lluís Mont Girbau y Josep Brugada Terradellas de la Sección de Arritmias, Servicio de Cardiología, ICT del Hospital Clínic y Universitat de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: El origen epicárdico de las arritmias ventriculares (AV) puede ser identificado a partir de un análisis detallado del ECG. Sin embargo, a pesar de su utilidad clínica, este método presenta diversas limitaciones. Las arritmias ventriculares (AV) cuyo origen está relacionado con tejido cicatricial pueden ser identificadas a partir de imágenes de resonancia magnética cardíaca con realce tardío (RMC-r). El objetivo de este estudio es determinar si la distribución del tejido cicatricial en la pared de los ventrículos puede determinar un origen endocárdico o epicárdico de forma fiable.

Métodos: Se realizó un estudio de RMC-r previamente al procedimiento de ablación en 105 pacientes con historia de AV (taquicardia ventricular sostenida y/o episodios de extrasistolia ventricular frecuente). Se utilizó el modelo de 17 segmentos para dividir las regiones del ventrículo izquierdo, mientras que el ventrículo derecho se dividió en ápex, tracto de salida y tracto de entrada. La presencia de realce tardío se cuantificó como ausente, endocárdica, transmural, intramiocárdica o epicárdica de forma ciega con respecto al resultado del procedimiento. Adicionalmente se determinó el origen endocárdico o epicárdico de la AV, según la localización y el abordaje necesario para ablacinar la AV.

Resultados: 46 pacientes (43,8%) presentaban cardiopatía isquémica, 36 pacientes (34,3%) presentaban cardiopatía no isquémica y 23 pacientes (21,9%) no presentaban ninguna cardiopatía. En 5 casos no se logró inducir ninguna AV. De los segmentos donde se localizó la ablación, en 13 casos (13%) la RMC-r presentó realce endocárdico, en 38 casos (38%) presentó realce transmural, en 8 casos (8%) había realce intramiocárdico, en 8 casos (8%) había realce epicárdico y en 33 casos (33%) la RMC-r no mostró realce. En los pacientes con realce tardío en la RMC-rL, la presencia de realce endocárdico o transmural presentó una sensibilidad y especificidad del 53,89% y 86,27% respectivamente para un origen endocárdico de la AV, mientras que la presencia de realce epicárdico presentó una sensibilidad del 44,4% y una especificidad del 100% para un origen epicárdico de la AV.

Conclusiones: La RMC-r por sí sola es una herramienta útil y con una especificidad elevada para planificar el acceso (endocárdico o epicárdico) en un procedimiento de ablación de AV.