



## 6000-61. ALTA PREVALENCIA DE ORIGEN EPICÁRDICO EN LAS ARRITMIAS VENTRICULARES DE EJE INFERIOR

Lázaro Hernández Jiménez, Javier Moreno Planas, Ana Cecilia Gonzales Luna, Yolanda Abreu Hernández, Laila González Melchor, Victoria Cañadas Godoy, Nicasio Pérez Castellano y Julián Pérez-Villacastín del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Clásicamente se consideraba que la mayoría de taquiarritmias de eje inferior eran del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD), menos frecuentemente del ostium ventricular izquierdo, una incidencia de origen en focos epicárdicos como la aorta entre el 1-5% de casos con tasas de éxito globales < 80-85%.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes llevados a ablación en los últimos 5 años por diagnóstico de extrasistolia ventricular (EV) frecuente o TV con eje de QRS inferior, sugerente de origen en tracto de salida ventricular.

**Resultados:** De 52 pacientes llevados a ablación por TV o EV frecuente de eje inferior 33 fueron hombres, con edades entre 12 a 86 años. El 48% eran hipertensos y 15,3% diabéticos. El 21,1% tenía alguna cardiopatía significativa asociada y el 9,6% disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI). La presentación más frecuente fue TV (65% de los casos). Se utilizó el sistema de navegación Carto 3 y el catéter Thermocool 3,5 mm irrigado. En 21% de los casos el ECG mostró morfología de bloqueo de rama derecha, en ellos el sitio de ablación efectivo fue el VI-aorta. Con transición tardía en derivaciones precordiales (V4 o más) la ablación exitosa fue en TSVD (73% de los casos), con origen izquierdo en un 27%. Con transición en V2 o V3, el origen fue izquierdo (VI-aorta) en el 53%. El VI-aorta fue el sitio de ablación exitoso en el 55,7% de los casos: incluyendo 10 en seno coronario derecho (SCD), 6 en seno coronario izquierdo (SCI), 2 en confluencia de ambos senos coronarios (SCD-SCI), uno en seno no coronario, 5 en continuidad mitro-aórtica, 3 en sistema venoso coronario y 2 en epicardio del VI. En todos los casos el paciente salió de sala sin la arritmia tratada, por efecto térmico o mecánico, recurriendo posteriormente en 4 casos (3 de origen izquierdo y uno de TSVD). Se presentó tromboembolia pulmonar en un caso de TSVD, en paciente largo tiempo encamado. No se produjo ningún accidente cerebrovascular clínico, disección o infarto en los tratados desde la aorta.

**Conclusiones:** En nuestra serie (últimos 5 años) encontramos que casi la mitad (46%; 24/52) de las arritmias ventriculares de eje inferior se pueden eliminar desde sitios epicárdicos clásicamente considerados excepcionales como la aorta (37% de casos; 19/52), la gran vena cardiaca o el epicardio de VI, con muy baja tasa de complicaciones.