



### 4003-3. CARACTERIZACIÓN DE LOS COMPONENTES ENDOCÁRDICOS DE LOS CIRCUITOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR REENTRANTE EN BASE A MAPAS DE CICLOS DE RETORNO

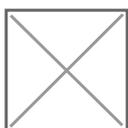
Oscar Salvador Montañés<sup>1</sup>, José Luis Merino-Llorens<sup>1</sup>, Sergio Castrejón Castrejón<sup>2</sup>, Estela Falconi<sup>1</sup>, Jorge Figueroa<sup>1</sup>, Marta Ortega-Molina<sup>1</sup>, David Filgueiras-Rama<sup>3</sup> y José Luis López-Sendón<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Quirón, Madrid y <sup>3</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

#### Resumen

**Introducción:** La reentrada es uno de los mecanismos más comunes para el mantenimiento de taquicardias ventriculares monomorfas (TV) en pacientes con cardiopatía estructural. El circuito reentrante suele tener un istmo protegido de conducción lenta que puede ser caracterizado por mapas de activación y encarrilamiento, para finalmente validarlo por ablación. Sin embargo, carecemos de herramientas para la caracterización del resto del circuito.

**Métodos:** 28 TV en 27 pacientes consecutivos ( $64,5 \pm 11,6$  años, 85,7% varones), con cardiopatía estructural e intento de ablación de TV fueron analizados de forma prospectiva. En cada TV se realizó reconstrucción electroanatómica ventricular en todos los procedimientos, y se intentó inducción y encarrilamiento de cada arritmia. Los Ciclos de Retorno (CR) fueron codificados en escala de color en el mapa 3D endocárdicos para crear el mapa de CR, así como mapas de activación y de voltaje.

**Resultados:** El 75% de los pacientes incluidos tenían cardiopatía isquémica (75%) y disfunción ventricular (fracción de eyección  $38,8 \pm 35,6\%$ ). 3 pacientes (3 TV) se excluyeron del estudio por imposibilidad de inducción o por TV múltiples o inestables. El mapa de CR se realizó desde al menos 15 puntos ( $27,7 \pm 14$ ) en las 25 TV en los 24 pacientes restantes. Todas las TV excepto 4 (4 pacientes) tenían áreas endocárdicas con CR similar a la TV (CR menor de 5 ms, definida como CR-0). La superficie endocárdica con CR-0 y con valores de voltaje compatibles con escara ( $0,5$  mV) fueron  $28,6 \pm 45,21$  cm<sup>2</sup> (rango 0-229,3 cm<sup>2</sup>) y  $15,3 \pm 16,5$  cm<sup>2</sup> (rango 0,4-61,5) respectivamente. Hubo diferencias entre la localización del circuito por mapas de activación y CR-0 en 12 pacientes. Dichas TV involucraron 1 (9 TVs), 2 (10 TVs) 3 (1 TV) y 4 (5TV) paredes miocárdicas (anterior, septal, inferior, lateral o apical). 5 TVs fueron perimitrales. Se consiguió supresión de la taquicardia por ablación endocárdica en 20 TVs (80%) y en todas ellas el istmo protegido (activación local precediendo en más de 60 ms el inicio del QRS) se encontraba en la área con CR-0. La TV fue ablacionada desde un abordaje epicárdico en 5 TVs (20%).



*Caracterización de TV perimitral mediante mapa de Ciclo de Retorno.*

**Conclusiones:** Los mapas de CR permiten una determinación precisa de los componentes endocárdicos de los circuitos de TV reentrantes en pacientes con cardiopatía estructural. Estos pacientes pueden tener disposiciones alrededor de los anillos valvulares o componentes tanto endo como epicárdicos.