



4001-4. ELUCIDACIÓN DE CONDUCCIÓN ENLENTECIDA OCULTA MEDIANTE DOBLE EXTRAESTÍMULO: MÉTODO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO ADICIONAL DURANTE LA ABLACIÓN DE SUSTRATO DE TV

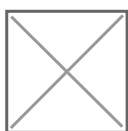
Juan Acosta Martínez, David Andreu, Mario Cabrera, Diego Penela, Francesca Vassanelli, Mikel Martínez, Lluís Mont y Antonio Berrueto del Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La identificación de electrogramas (EGMs) locales anormales durante los procedimientos de ablación de sustrato (AS) de taquicardia ventricular (TV) es compleja ya que pueden estar ocultos por la señal del campo lejano. Este estudio evalúa la utilidad de analizar la respuesta evocada a un doble extraestímulo para identificar zonas de conducción enlentecida que no pueden ser identificadas durante el mapeo de sustrato en ritmo sinusal.

Métodos: Se incluyeron 37 pacientes consecutivos sometidos a AS de TV. Los EGM bipolares identificados en la cicatriz o alrededor de la misma con ≥ 3 deflexiones y una duración ≥ 133 ms fueron considerados como potenciales EGMs con conducción enlentecida oculta (CEO; CEO-EGMs). Siempre que se identificaba un potencial CEO-EGM, se introducía un doble extraestímulo desde el ápex del ventrículo derecho. La respuesta evocada a este doble extraestímulo fue analizada. Si con el doble extraestímulo se ponía de manifiesto un potencial local retrasado, este EGM se consideraba CEO-EGM. Se determinó la incidencia de CEO-EGMs en zonas con voltaje normal ($\geq 1,5$ mV), “border zone” ($> 0,5$ y $1,5$ mV) y cicatriz densa ($\geq 0,5$ mV). Las aplicaciones de radiofrecuencia (RF) fueron dirigidas a las entradas de los canales de conducción y a los HSC-EGMs. La inducibilidad de TV tras la AS y el tiempo de RF fueron comparados con los obtenidos en un grupo control histórico ($n = 41$).

Resultados: Se analizaron 2.417 EGMs. 575 (23,7%) calificaron para potenciales CEO-EGMs, y 198 de ellos fueron marcados como CEO-EGMs. Los pacientes con CEO-EGMs ($n = 21$, 56,7%) mostraron una cicatriz más pequeña ($35,4 \pm 24,7$ frente a $67,6 \pm 39,1$ cm²; $p = 0,006$) y más heterogénea (core/scar area ratio $0,25 \pm 0,2$ frente a $0,45 \pm 0,19$; $p = 0,02$) en el mapa electroanatómico. El 81,3% de los HSC-EGMs fueron diana de ablación y el 28,8% se localizaron en zonas con voltaje normal. Los pacientes sometidos a AS incorporando el análisis de CEO mediante doble extraestímulo requirieron un menor tiempo de RF ($17,4 \pm 11$ frente a $23 \pm 10,7$ min; $p = 0,016$) y mostraron una tasa de inducibilidad de TV tras la AS menor ($24,3$ frente a 50%; $p = 0,018$) que el control histórico.



Tipos de EGM y respuestas a doble extraestímulo.

Conclusiones: El análisis de conducción enlentecida oculta mediante doble extraestímulo permite la identificación de sustrato arrítmico adicional y se asocia a una reducción del tiempo de RF y de la inducibilidad de TV tras la AS.