Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 543

Revista Española de Cardiología

6001-6. RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA ABLACIÓN DE SUSTRATO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR INCORPORANDO EL ANÁLISIS DE CONDUCCIÓN ENLENTECIDA OCULTA

Juan Acosta Martínez[1], Beatriz Jáuregui Garrido[2], David Soto Iglesias[2], Diego Penela Maceda[3], Juan Fernández-Armenta[4], Manuel Frutos López[1], Eduardo Arana Rueda[1], Alonso Pedrote[1] y Antonio Berruezo Sánchez[2], del [1]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, [2]Centro Médico Teknon, Barcelona, [3]Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza Emilia-Romagna (Italia) y [4]Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de sustrato de taquicardia ventricular (TV) incorporando el análisis de conducción enlentecida oculta (CEO) permite identificar sustrato arrítmico adicional. Este estudio analiza si el análisis y ablación de electrogramas con CEO (EGM-CEO) mejora los resultados de la ablación de sustrato de TV a corto y largo plazo.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 70 pacientes sometidos a ablación de sustrato 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 EGM-CEO. Siempre que se identificaba un potencial HSC-EGM, se introducía un doble extraestímulo ventricular 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 anotaba como EGM- CEO. Las aplicaciones de radiofrecuencia (RF) fueron dirigidas a las entradas de los canales de conducción (CC) y a los EGMs-CEO. La inducibilidad de TV tras la ablación de sustrato, el tiempo de RF y la recurrencia de TV a los 2 años del procedimiento fueron comparados con los obtenidos en un grupo control histórico de pacientes (n = 67).

Resultados: Se analizaron 5.076 EGMs. 1029 (20,2%) calificaron para potenciales EGMs-CEO, y 453 de ellos fueron marcados como HSC-EGMs tras analizar la respuesta evocada al doble extraestímulo. Los pacientes que presentaban EGMs-CEO (n = 43, 61,4%) mostraron una cicatriz más pequeña (39,6 ± 28,2 frente a 69,4.6 ± 38,2 cm^2; p = 0,005) y más heterogénea (*core/scar area ratio* 0,24 ± 0,2 frente a 0,43 ± 0,17; p = 0,03) en el mapa electroanatómico. El 29,6% de los EGMs-CEO se localizaron en zonas con voltaje normal. El 83,5% de los EGMs-CEO fueron diana de ablación. Los pacientes sometidos a ablación de sustrato incorporando el análisis de CEO requirieron un menor tiempo de RF (15,9 ± 10 frente a 25 ± 12,7 minutos; p = 0,016) y mostraron una tasa de inducibilidad de TV tras la ablación de sustrato menor (25,7 frente a 40,3%; *log rank* p = 0,047) que el control histórico.

Conclusiones: El análisis y ablación de EGMs-CEO durante la ablación de sustrato de TV permite la identificación y eliminación de sustrato arrítmico adicional (especialmente en zonas con voltaje bipolar

normal) y se asocia a una reducción del tiempo de RF y de la inducibilidad de TV tras la ablación de sustrato, así como a una menor tasa de recurrencias a 2 años.