Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 655

Revista Española de Cardiología

5013-2. MODELO ELECTROCARDIOGRÁFICO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL ORIGEN EN TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO E IZQUIERDO DE ARRITMIAS VENTRICULARES IDIOPÁTICAS

Raquel Luna López[1], Esteban González-Torrecilla[2], Ángel Arenal Maíz[2], Felipe Atienza Fernández[2], Tomás Datino Romaniega[2], Pablo Ávila Alonso[2], Nina Soto Flores[2], Rafael Peinado Peinado[3] y Francisco Fernández-Avilés Díaz[2]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [3]Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Para la diferenciación del origen focal de las arritmias del tracto de salida ventricular con una transición ? V3 se han propuesto numerosos algoritmos. Sin embargo, su valor predictivo independiente es incierto. El objetivo de este estudio es establecer un modelo predictivo de parámetros electrocardiográficos independientes para la obtención de éxito agudo en aplicaciones en ventrículo derecho en ablaciones de arritmias ventriculares del tracto de salida (extrasistolia -EV- o taquicardias ventriculares -TV-) con una transición ? V3.

Métodos: Incluimos a 122 pacientes (62 mujeres, media de edad 54 ± 16 años) con EV o TV documentadas con un eje inferior y con un QRS predominantemente negativo en V1 y V2, que fueron sometidos a ablación entre junio de 2014 y junio de 2020. Se registró el logro de éxito agudo de la ablación en aplicaciones endocárdicas derechas. A partir de un análisis multivariante por regresión logística se elaboró un modelo predictor con las siguientes variables electrocardiográficas asociadas a un origen derecho del foco ventricular en estudios previos: índice de zona transacional (TZ), ratio de transición en V2, índice V2S/V3R, índice de duración de la onda R, índice de amplitud de R/S, la morfología QS en la derivación I y la variabilidad del intervalo de acoplamiento > 60 ms.

Resultados: Se identificaron dos variables predictoras independientes: el índice V2S/V3R (*odds ratio* 1,223; IC95%, 1,024-1,460; p = 0,026) y la variabilidad del intervalo de acoplamiento > 60 ms (*odds ratio* 0,307; IC95%, 0,129-0,731; p = 0,008). El área de la curva de este modelo fue de 0,733 (fig.). Las arritmias con una transición en V3 presentaron un solapamiento electroanatómico mayor, y, por lo tanto, una mayor probabilidad de fracaso en aplicaciones derechas (59,3 vs 73,5% en arritmias con una transición posterior a V3). En estas, el ratio de transición en V2 es útil para identificar el origen.

Curva ROC del modelo predictivo.

Conclusiones: Dos variables electrocardiográficas de fácil determinación (el índice V2S/V3R y la variabilidad del intervalo de acoplamiento > 60 ms) predicen el éxito agudo de la ablación con abordaje

derecho de arritmias ventriculares focales del tracto de salida.