



7004-7. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA IDENTIFICAR EL SUSTRATO ARRITMOGÉNICO DURANTE LA ABLACIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. ESTUDIO COMPARATIVO CON CARDIORRESONANCIA

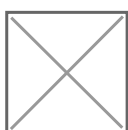
Beatriz Jáuregui Garrido¹, David Soto Iglesias¹, Giulio Zuccheli², Cheryl Terés Castillo¹, Augusto Ordóñez España¹, Diego Penela Maceda¹, Juan Acosta Martínez³, Juan Fernández Armenta⁴, Rosario J. Perea Palazón⁵, Susana Prat González⁵, Adelina Doltra Magarolas⁵, José Tomás Ortiz Pérez⁵, Xavier Bosch Genover⁵ y Antonio Berruezo Sánchez¹, del ¹Centro Médico Teknon, Barcelona, ²Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa (Italia), ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz y ⁵Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación del sustrato de taquicardia ventricular (TV) asistida por cardiorresonancia magnética (CRM) con realce tardío de gadolinio ha demostrado identificar mejor el sustrato arritmogénico (SA), mejorando la supervivencia libre de arritmias. Sin embargo, el uso de la CRM puede estar limitado en ciertos pacientes o centros. La tomografía computarizada (TC) puede ayudar a localizar el SA identificando zonas de tejido más grueso dentro de la cicatriz (canales-TC). Este estudio evalúa el grado de correlación del SA identificado con TC frente a CRM en pacientes isquémicos sometidos a ablación de sustrato de TV.

Métodos: Se incluyeron 30 pacientes isquémicos con CRM y TC preablación de sustrato. Dos investigadores ciegos definieron los canales-TC y canales-CRM con el *software* ADAS-VT, que permite segmentar el miocardio en 10 capas utilizando las imágenes de CRM, y obtener un mapa 3D codificado en color del grosor miocárdico evaluado por TC. Los canales-CRM se clasificaron como endocárdicos (presentes hasta la capa 50%), epicárdicos (capas > 50%) o transmurales (capas endo y epicárdicas). Se consideró verdadero positivo a todo aquel canal-TC presente en la CRM con la misma disposición y segmento AHA.

Resultados: La edad media fue 69 ± 10 años; 94% varones. La FEVI media fue $35 \pm 10\%$. Todos los pacientes presentaron canales-CRM ($n = 76$), mientras que solo 26/30 (86,7%) mostraron canales-TC ($n = 91$). Hubo 47/91 (51,6%) canales-TC positivos verdaderos. Por el contrario, 44/91 (48,4%) canales-TC se consideraron falsos positivos. 29/76 (38,2%) canales-CRM no pudieron identificarse en el TC (falsos negativos). 36/76 (47,4%) canales CMR fueron considerados como no endocárdicos; de ellos, 29/36 (80,5%) coincidieron con los canales-TC.



Identificación del sustrato arritmogénico comparada entre CRM y TC.

Conclusiones: El SA identificado por TC se correlaciona bien con el de la CRM en casos de IM transmural. Sin embargo, el TC muestra una peor correlación con la CRM en los pacientes con IM no transmural, debido a un menor adelgazamiento miocárdico en la zona de escara. El TC no permite identificar completamente la complejidad estructural (entradas) de los canales identificados por CRM, pero resulta útil para guiar los procedimientos de ablación de sustrato de TV en isquémicos.