



6003-53. PREDICTORES E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL BLOQUEO MECÁNICO DE RAMA IZQUIERDA DURANTE EL MAPEO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

Estela Carolina Falconi, Susana del Prado, José Luis Merino-Llorens, Pedro Federico Cruz, Jorge Figueroa, Marta Ortega, Rosa Delgado y José Luis López Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: La ablación de taquicardia ventricular (TV) en pacientes con cardiopatía estructural (CE) puede estar limitada por el riesgo de complicaciones. El taponamiento, las embolias sistémicas y el daño del sistema His Purkinje por las aplicaciones de radiofrecuencia son las complicaciones más importantes. Sin embargo, la incidencia, predictores y consecuencias del bloqueo de la rama izquierda mecánico traumático (BRI-M) durante el procedimiento de ablación en pacientes con CE no ha sido descripto.

Métodos: Se analizó la incidencia de BRI-M en 142 pacientes consecutivos con CE y TV monomórfica sostenida, sometidos a 184 procedimientos de ablación. 31 pacientes fueron excluidos por presentar ya BRI o trastorno de la conducción intraventricular con QRS > 150 ms en el ECG basal. Otros 6 pacientes fueron excluidos porque no se manipularon catéteres en el VI (miocardiopatía arritmogénica del VD). Se definió BM-RI como la aparición de BRI *de novo* por trauma durante la manipulación de catéteres posicionados en el VI, no relacionado con la aplicación de radiofrecuencia y que persiste hasta el final del procedimiento. Los predictores clínicos de BRI-M fueron comparados entre el grupo que lo desarrolló y los últimos 31 pacientes de la serie.

Resultados: 7 pacientes (6,7%) presentaron BRI-M. No se encontraron diferencias en la edad, sexo, tipo de cardiopatía, localización de la escara, duración de QRS e intervalo HV entre el grupo que presentó BRI-M y el que no. La variable combinada de una fracción de eyección de VI 35% y un QRS > 110 ms fue significativamente más frecuente en el grupo con BRI-M (40% vs 8,7%, $p = 0,03$). En el seguimiento, el BRI-M fue transitorio en solo 1 paciente, en quien se resolvió en 24 horas. Un paciente presentó bloqueo AV completo persistente (existencia de BRD previo a la ablación) con requerimiento de implante DAI-CRT. 5 pacientes evolucionaron con insuficiencia cardíaca refractaria a fármacos por lo que requirieron implante de CRT en la evolución.

Conclusiones: El BRI-M durante la manipulación de catéteres en pacientes con cardiopatía estructural es infrecuente pero presenta importantes implicaciones clínicas. La combinación de QRS ancho y disfunción ventricular severa podría ser un factor de riesgo.