



4035-4. IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES CLÍNICOS, ANATÓMICOS Y ELECTROFISIOLÓGICOS DE RECURRENCIA TRAS UN PROCEDIMIENTO DE ABLACIÓN COMPLETA DE SUSTRATO ARRÍTMICO EN TAQUICARDIA VENTRICULAR POSTINFARTO

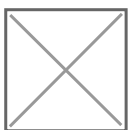
Ángel Luis Miracle Blanco, Ángel Arenal Maíz, Felipe Atienza Fernández, Tomás Datino Romaniega, Esteban González Torrecilla, Gabriel Eidelman, Jesús Hernández Hernández y Francisco Fernández-Avilés del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Antecedentes y Objetivos: La ablación de sustrato de las taquicardias ventriculares (TV) postinfarto permite el tratamiento de TV inestables y evita la necesidad de inducciones y cartografías de forma repetida. La identificación de predictores de eficacia permitirá la selección de pacientes que respondan a este procedimiento más simple.

Métodos: Se estudió de forma prospectiva a 59 pacientes consecutivos remitidos para ablación de TV postinfarto. La edad media fue 67 ± 9 años, y la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) $30 \pm 11\%$. Se realizó un mapa endocárdico de ventrículo izquierdo con sistema CARTO. Se cuantificó la extensión de las zonas de escara (voltaje bipolar $< 1,5$ mV) y de escara densa (voltaje bipolar $< 0,5$ mV) y se identificó la presencia de potenciales canales de conducción lenta. Asimismo se identificaron las zonas con electrogramas con componentes aislados tardíos (ECAT) relacionados con la cicatriz. El objetivo del procedimiento fue la ablación completa de sustrato de TV (ACSTV) mediante eliminación de los canales y de los ECAT. Se evaluaron distintas variables clínicas, anatómicas y electrofisiológicas de cara a identificar predictores de eficacia.

Resultados: El análisis univariado identificó la FEVI ($32 \pm 11\%$ vs $25 \pm 8\%$, $p = 0,01$), longitud de ciclo de la TV (379 ± 103 vs 320 ± 54 , $p < 0,01$), localización inferior vs anterior de la escara (20 vs 48% , $p < 0,04$), y el tamaño de la escara densa ($< 0,5$ mV, 25 ± 16 cm² vs 46 ± 28 cm², $p < 0,0004$) como predictores de recurrencia de TV. Un modelo proporcional de Cox identificó la longitud de ciclo de la TV ($p < 0,001$) y el tamaño de la escara densa ($p < 0,0006$) como predictores independientes de recurrencia. Utilizando estas variables creamos un modelo predictivo en el que se identificaron grupos de pacientes con diferente pronóstico (fig.). Tamaño de escara y ciclo de TV se categorizaron como “pequeño” y “grande” (valores por encima y por debajo de la mediana).



Conclusiones: El análisis del tamaño de la cicatriz y el ciclo de la TV permiten la estratificación pronóstica después de la ACSTV. Los pacientes con escaras de mayor tamaño y con TV rápidas presentan mayor tasa de recurrencias.