



6001-493. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES LIMITANTES Y SU ABORDAJE EN LA CARTOGRAFÍA Y ABLACIÓN DE TAQUICARDIAS VENTRICULARES MEDIANTE ACCESO PERICÁRDICO PERCUTÁNEO

David Filgueiras Rama, Sergio Castrejón-Castrejón, Alejandro Estrada, David Doiny, Jorge Figueroa, Marta Ortega-Molina y José Luis Merino-Llorens del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de taquicardias ventriculares (TV) con cardiopatía estructural es cada vez más frecuente. Su eficacia está limitada por la localización epicárdica del istmo de conducción lenta hasta en un 25% de los casos. El escaso número de centros con capacidad para abordaje pericárdico hace difícil la identificación de factores limitantes y posibles alternativas para el abordaje percutáneo y éxito del procedimiento. El objetivo del presente trabajo fue la identificación dichos factores limitantes y su abordaje.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 14 pacientes (P) (58 ± 16 años, 10 varones) entre los años 2005-2012. Se recogieron las características basales de los P. Se realizó abordaje pericárdico mediante técnica de Sosa ante el fracaso de la ablación intracavitaria, con uso de doble punción pericárdica (anterior e inferior) y desbridamiento con vaina, en casos de adherencias intensas. Se utilizó sistema de mapeo electroanatómico en todos los casos. La identificación de adherencias se confirmó bajo fluoroscopia con contraste intrapericárdico y limitación de la navegabilidad. Se consideró éxito en el procedimiento la eliminación de la TV clínica, con éxito parcial en los casos de eliminación de al menos una morfología clínica.

Resultados: De 14 P, 12 de ellos (84%) presentaban algún tipo cardiopatía, siendo la cardiopatía isquémica el sustrato más frecuente ($n = 7$, 50%), seguido de la miocardiopatía dilata ($n = 3$, 21%). La FEVI fue del $39 \pm 12\%$ con una longitud de ciclo de las Tvs de 410 ± 82 ms. Se consiguió éxito (completo o parcial) del procedimiento en 11 P (78%) con fracaso en 3 P (21%). Se identificó la presencia de adherencias en 7 P (50%) que condicionaron el fracaso del procedimiento en 2 P. A pesar de adherencias, el uso complementario de doble punción pericárdica y desbridamiento con vaina permitió llegar a la región del istmo protegido y terminar la TV clínica en 3 P. La presencia de adherencias se relacionó con cirugía cardíaca previa y miocarditis (57% y 28%, respectivamente).

Conclusiones: El éxito del abordaje pericárdico se ve limitado por la presencia de adherencias fundamentalmente relacionadas con cirugía cardíaca previa. La doble punción pericárdica y uso de vaina para desbridamiento puede incrementar el éxito del procedimiento en casos seleccionados, evitando de este modo un abordaje quirúrgico.

6001-493.tif

Doble acceso pericárdico anterior e inferior.