



## 4021-2. ABLACIÓN DE SUSTRATO ENDOEPICÁRDICA EN LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Juan Fernández-Armenta<sup>1</sup>, Lluís Mont<sup>2</sup>, Luis Tercedor<sup>3</sup>, Alonso Pedrote<sup>4</sup>, Ignasi Anguera<sup>1</sup>, Alberto Barrera<sup>1</sup> y Antonio Berrueto<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Unidad de Arritmias, Hospital Clínic de Barcelona, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Unidad de Arritmias, Hospital Clínic de Barcelona, <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** La ablación de taquicardia ventricular (TV) en la miocardiopatía arritmogénica tiene una alta tasa de recurrencias. Un sustrato arritmogénico de predominio epicárdico podría explicar estos resultados. Se presentan los resultados de la ablación de sustrato endo y epicárdico (usando la técnica de "scar dechanneling") en pacientes con miocardiopatía arritmogénica.

**Métodos y resultados:** Treinta y dos pacientes consecutivos con miocardiopatía arritmogénica y TV (media  $14 \pm 8$  episodios de TV/paciente) se incluyeron en 9 centros. Seis pacientes (19%) tenían displasia de predominio izquierdo. Se obtuvieron mapas electro-anatómicos de alta densidad endo ( $372 \pm 152$  puntos) y epicárdicos ( $523 \pm 299$  puntos) durante ritmo sinusal. Los electrogramas con componentes tardíos (E-C) fueron marcados y clasificados como puntos de entrada o internos de los canales de conducción lenta (CCs) en función de la precocidad componente retrasado. El objetivo del procedimiento fue el aislamiento de todos los CCs mediante la ablación en su entrada y la eliminación de las TV inducibles tras la ablación de sustrato. El tiempo medio de procedimiento y de fluoroscopia fue  $215 \pm 80$  min y  $18 \pm 7$  min, respectivamente. Los mapas epicárdicos mostraron cicatrices de mayor tamaño ( $94 \pm 81$  cm<sup>2</sup> vs  $18 \pm 22$  cm<sup>2</sup>,  $p < 0,01$ ) y con más E-C ( $68 \pm 56$  vs  $13 \pm 16$ ,  $p < 0,01$ ). Nueve (28%) pacientes no tenían cicatriz ni E-C en el endocardio. Se realizaron una media de  $26 \pm 10$  aplicaciones de RF. La no inducibilidad de la TV clínica y de cualquier TV monomórfica se logró en el 100% y el 93,5% de los pacientes respectivamente. Un paciente sufrió un derrame pericárdico iatrogénico severo que requirió pericardiocentesis. Durante una mediana de seguimiento de 20 meses (RI 6-32 meses), 5 (16%) pacientes sufrieron algún episodio de TV. Tres pacientes requirieron un segundo procedimiento. Después de estos procedimientos el 91% de los pacientes permanecieron sin recurrencia arrítmica.

**Conclusiones:** El sustrato en la miocardiopatía arritmogénica es principalmente epicárdico. Estos resultados apoyan el abordaje endo y epicárdico combinado y guiado por sustrato para la ablación de TV en la miocardiopatía arritmogénica.