Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 380

Revista Española de Cardiología

4042-3. INFLUENCIA DE LA MORFOLOGÍA DEL ELECTROGRAMA DE CAMPO LEJANO DE LAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES RÁPIDAS EN LA EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN ANTITAQUICARDIA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Javier Jiménez Candil[1], Ignasi Anguera[1], Claudio Ledesma[3], José Ángel Pérez Rivera[3], Francisco Javier Fernández Portales[4], José Luis Moríñigo[3], Juan Carlos Rama Merchán[3] y Cándido Martín-Luengo[3] del [1] Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), [3]IBSAL-Hospital Universitario, Salamanca y [4]Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Resumen

Introducción: La eficacia de la estimulación antitaquicardia (EAT) es menor en taquicardias ventriculares rápidas (TVR). La finalización de una TV reentrante depende de la distancia entre el punto de estimulación y el circuito. Puesto que la morfología del electrograma de campo lejano (EG-CL) depende del lugar de origen del impulso en el ventrículo, tal EG-CL podría relacionarse con la efectividad de la EAT.

Métodos: En este estudio multicéntrico analizamos 289 TVR (LC: 250-320 ms) ocurridas consecutivamente en 53 pacientes (FEVI: 37 ± 6) portadores de un DAI monocameral de la marca Medtronic. La detección y las terapias para las TVR se programaron de forma estandarizada, incluyendo una ráfaga como terapia inicial y una secuencia subsiguiente de descargas (DES). La configuración del EG-CL fue HVA vs HVB. Las TVR se clasificaron en Q-FVT o no Q-FVT (NQ-TVR) por la presencia de una deflexión inicial negativa (? 0,04 s y ? 20% del voltaje máximo) en el EG-CL.

Resultados: La LC fue 291 ± 24 ms. Observamos 4 patrones del EG-CL: QS (n = 14, 5%), QR (n = 158, 55%), R (n = 93, 32%) y RS (n = 24, 8%). Q-FVTs presentaron una mayor LC, ms (295 ± 26 vs 286 ± 21; p = 0,002) y se asociaron a una mayor FEVI,% (38 ± 7 vs 36 ± 9; p = 0,01) y a una menor frecuencia de infarto crónico (37 vs 59%; p < 0,001). La eficacia de la EAT fue del 80% (86% en QS, 85% en QR, 74% en R, 62% en RS) y 59 (20%) TVR necesitaron al menos una DES para su finalización. EAT fue más eficaz en Q-TVR: 86 vs 71% (p = 0,002). En un análisis multivariante (regresión logística) -que incluyó la FEVI, LC, etiología, clase funcional, indicación y tratamiento farmacológico- la FEVI (OR = 1,07; p = 0,002), los bloqueadores beta (OR = 6,3; p < 0,001) y el patrón Q-TVR (OR = 2,3; p = 0,015) aparecieron como predictores independientes de EAT efectiva. EAT fue más segura en Q-TVR, con unas frecuencias de aceleración (5,1 vs 12,3%; p = 0,02) y síncope (4,6 vs 12,3%; p = 0,01) menores. Los pacientes con Q-TVR presentaron un promedio de DES menor, media (IC del 95%): 14% (4-25) vs 45% (22-53); p = 0,012 (ajustada por múltiples episodios en un paciente).

Conclusiones: 1. La EAT es más eficaz y segura en las Q-TVR; 2. Las NQ-TVR (con frecuencia isquémicas) son peor toleradas y terminadas más frecuentemente con DES; 3. Para evitar DES, NQ-TVR deberían recibir un tratamiento específico de su sustrato.