



4030-5. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA ABLACIÓN CON ABORDAJE INICIAL ENDO Y EPICÁRDICO DE TAQUIARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES ISQUÉMICOS

Javier Moreno Planas, Ana Cecilia Gonzales Luna, Yolanda Abreu Hernández, Lázaro Hernández Jiménez, Carolina Curiel Llamazares, Victoria Cañadas Godoy, Nicasio Pérez Castellano y Julián Pérez Villacastín del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La eficacia a medio plazo de un único procedimiento de ablación endocárdica (Endo) con radiofrecuencia (ARF) en pacientes (P) isquémicos con taquiarritmias ventriculares sostenidas no supera el 70-80%. Quisimos evaluar si el abordaje combinado de entrada contra potenciales tardíos Endo y epicárdicos (Epi) mejora resultados y con qué riesgo.

Métodos: Evaluamos 13P isquémicos consecutivos remitidos por taquicardia ventricular (TV), fibrilación ventricular (FV) o tormenta eléctrica (TE) desde sept 2012. Se realizó cartografía de ventrículo izquierdo Endo (femoral o transeptal) y Epi (percutánea). Se identificaron como zonas patológicas por voltaje (Pat-Vol) aquellas con electrogramas (EGMs) fraccionados y voltaje $< 1,5$ mV Endo o < 1 mV Epi. Se marcaron también las zonas con EGMs tardíos, tras finalizar el QRS, como áreas patológicas (Pat-Tar). La ablación se realizó sobre los EGMs tardíos, con catéter irrigado. No se evaluó inducibilidad.

Resultados: 12/13 fueron varones de 67 ± 13 años. Se remitieron por TV aislada (6P), FVs 2Py TE 5P. Infarto previo inferior: 8P y anterior 5P. En 12P se encontraron zonas de bajo voltaje y EGMs tardíos al menos en Epi. Un Pde FV no presentó zonas patológicas por lo que no se ablacionó. En un P tras mapa Epi se decidió no mapear Endo por topo 12/12 Epi. El área patológica por voltaje (Pat-Vol) Endo y Epi fue 32 ± 27 cm² y 49 ± 46 cm² (p 0,17). El área Endo Pat-Vol fue mayor que la Epi en sólo 3/11. El área media Pat-TarEndo y Epi fue 15 ± 14 y 33 ± 29 cm² (p 0,02). El área Endo Pat-Tar fue mayor que la Epi en sólo 1P. La media de los EGMs más tardíos fue 81 ± 59 y 92 ± 76 ms Endo/Epi. En 7/11P el EGM más tardío estaba en Epi. Las complicaciones fueron: 1 paresia frénica, 1 EAP (P con IM severa previa), 1 muerte por taponamiento (P con TE y sospecha de rotura contenida peri-IAM). En 11P no recurrió ninguna TV sostenida a 2 ± 1 meses de seguimiento y en 1P recurrió otra TV a los 6 días. El tiempo medio de procedimiento fue de 302 ± 81 min y de escopia 78 ± 25 min.

Conclusiones: La ARF de potenciales tardíos Endo y Epi, combinada en un único procedimiento, en isquémicos con taquiarritmias ventriculares es un procedimiento bastante efectivo, pero con riesgos significativos en este subgrupo de P graves. Las áreas patológicas Epi pueden ser mayores que las endo, donde un abordaje por sustrato Endo no trataría.