



4007-3. CRITERIOS BASADOS EN IMAGEN PARA IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE SUSTRATO ARRITMOGÉNICO EN PACIENTES CON UN INFARTO DE MIOCARDIO TRANSMURAL

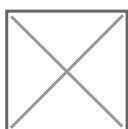
David Soto-Iglesias¹, Juan Acosta², Mikel Martínez¹, Markus Linhart¹, Diego Penela¹, Luis Mont¹, Óscar Cámara³ y Antonio Berruezo¹ del ¹Hospital Clínic, Barcelona, ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, y ³Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La eliminación completa del sustrato de taquicardias ventriculares (TV) está asociada con mejores resultados tras la ablación de radio-frecuencia. Para conseguir este objetivo, algunos pacientes con infarto de miocardio transmural requerirán un acceso combinado endo-epicárdico. Conocer el grado de transmuralidad de un infarto asociado con la presencia de sustrato arritmogénico epicárdico (SAE) sería de gran utilidad para evitar accesos epicárdicos innecesarios. El objetivo es determinar el grado de transmuralidad de la cicatriz posinfarto identificada mediante resonancia magnética con realce tardío (RMC-RT) o angio-TAC que predice la presencia de SAE.

Métodos: 26 pacientes referidos para ablación de sustrato de TV a los que previamente se les había realizado RMC-RT o angio-TAC fueron incluidos en este estudio. 19 pacientes presentaban infarto transmural y fueron sometidos a abordaje endo-epicárdico, mientras que en 7 la cicatriz fue subendocárdica y solo se realizó abordaje endocárdico. Antes de la ablación, la RMC-RT se segmentó, obteniendo una reconstrucción 3D del miocardio dividido por 10 capas y se integró con el angio-TAC. Posteriormente se introdujeron en el sistema de navegación y fueron registrados con el mapa electro-anatómico. Las zonas de bajo voltaje (1,5 mV) y los electrogramas con componentes retrasados en ritmo sinusal fueron relacionadas con la presencia de realce tardío epicárdico en RMC-RT y con el adelgazamiento de la pared miocárdica en angio-TAC.

Resultados: Un área de cicatriz epicárdica medida en RMC-RT $\geq 14 \text{ cm}^2$ se asoció con la presencia de SAE. Este punto de corte identificó correctamente a todos los pacientes que necesitaron una ablación de SAE. El grosor de miocardio medio en los pacientes con SAE ($3,12 \pm 1,48 \text{ mm}$) fue significativamente menor que en aquellos sin SAE ($5,52 \pm 2,11 \text{ mm}$; $p = 0,02$) y que en aquellos con cicatriz subendocárdica ($5,99 \pm 1,86 \text{ mm}$; $p = 0,005$). Un grosor $\geq 3,59 \text{ mm}$ en la zona de cicatriz identificó a los pacientes con SAE de aquellos sin SAE con una sensibilidad de 0,86 y una especificidad de 0,90.



Conclusiones: La presencia de cicatriz en el epicardio identificada por RMC-RT no garantiza la existencia de SAE. Un área de cicatriz epicárdica de $\geq 14 \text{ cm}^2$ y un grosor de miocardio $\geq 3,59 \text{ mm}$ predicen la presencia de SAE y se pueden usar como criterio para realizar un abordaje epicárdico.