Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 579

Revista Española de Cardiología

6001-10. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DEL SUSTRATO ARRÍTMICO ENDOCÁRDICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN FUNCIÓN DE LA ARRITMIA DE PRESENTACIÓN

Gerard Loughlin Ramírez, Lourdes Vicent, Evaristo Castellanos, Luis Llanos, Pablo Ávila Alonso, Tomás Datino, Ángel Arenal Maíz y Francisco Fernández Avilés del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las arritmias ventriculares relacionadas con cicatriz constituyen una importante fuente de morbimortalidad en pacientes con cardiopatía isquémica. Proponemos que las características y arquitectura del sustrato arritmogénico, evaluado mediante mapeo electroanatómico, pueden ser diferentes en función de la arritmia de presentación.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Mediante mapeo electroanatómico se evaluaron las características del sustrato arritmogénico en pacientes consecutivos sometidos a ablación endocárdica de taquicardia ventricular (TV) isquémica entre enero de 2014 y diciembre de 2016. Se definió la cicatriz total como el área con voltaje < 1,5 mV, la cicatriz densa como el área < 0,5 mV y el tejido heterogéneo como la diferencia entre ambos, se cuantificó también el área con electrogramas con componentes tardíos (EGM-ILP) y el número de canales de conducción lenta. Se compararon las características de la cicatriz en pacientes con TV monomórfica sostenida “lenta” (definida por una longitud de ciclo mayor de 350 ms) frente a TV “rápida”/FV. Se comparó con el método Kaplan-Meier la supervivencia libre de recurrencia de arritmias ventriculares en ambos grupos. En pacientes con múltiples procedimientos se analizó solo el primero. En ambos grupos, se empleó un catéter de mapeo multipolar (electrodos de 1 mm) en un tercio de los casos. En todos los pacientes se realizó ablación de sustrato (eliminación de electrogramas fragmentados de bajo voltaje o con potenciales tardíos) con catéter de punta irrigada.

Resultados: Se analizaron 42 pacientes, 19 con TV “lenta” y 23 con TV “rápida”/FV. Las diferencias entre ambos grupos aparecen en la tabla. Los pacientes con TV lenta presentaban una mayor área de cicatriz total (62,9 frente a 46,9%, p 0,034), densa (24,3 frente a 16,7%, p 0,047) y de tejido heterogéneo (39,8 frente a 29,6%, p 0,033). No se encontraron diferencias en cuanto al área con EGM-ILP o en el número de canales de conducción lenta. No hubo diferencias en la supervivencia libre de recurrencia de arritmias ventriculares (figura).

Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia libre de recurrencia de arritmias ventriculares.

	TVMS lenta	TV rápida/FV	p
N	19	23	
Edad	66, ± 9,2	63,6 ± 8,7	0,346
FEVI	27,3 ± 8,1	33,1 ± 10,3	0,44
IAM anterior	52,6% (10)	60,9% (14)	0,591
IAM inferior	47,4% (9)	39,1% (9)	0,591
Tratamiento antiarrítmico previo	52,6% (10)	56,5,5% (13)	0,801
DAI	78,9% (15)	82,6% (19)	0,689
TRC	5,3% (1)	13% (3)	0,607
Área escara total (< 1,5 mV)	62,9 ± 24,9	46,9 ± 28,8	0,034
Área escara densa (< 0,5 mV)	24,3 ± 17,1	16,7 ± 21,1	0,047
Área de tejido heterogéneo (0,5-1,5 mV)	39,8 ± 18,1	29,6 ± 14,2	0,038
Área de EGM tardíos	18,1 ± 10,2	15,8 ± 13,6	0,661
Número de CCL	1,7 ± 2,2	1,6 ± 1,7	0,774

Variables continuas: media ± desviación estándar. Variables categóricas: porcentaje (N). EGM: electrogramas. Áreas en cm^2. CCL: canales de conducción lenta.

Conclusiones: En pacientes con arritmias ventriculares relacionadas con cicatriz isquémica, la arquitectura del sustrato arritmogénico difiere en función de la arritmia de presentación. La caracterización de dicho sustrato puede contribuir a individualizar el manejo de estos pacientes.