



4028-2. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA ABLACIÓN DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR ASOCIADA A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

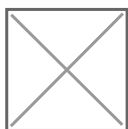
Cheryl Terés Castillo¹, Diego Penela Maceda¹, Beatriz Jáuregui Garrido¹, David Soto Iglesias¹, Augusto Ordóñez¹, Luis Aguinaga², Juan Fernández Armenta³, Luis Tercedor Sánchez⁴, Juan Acosta Martínez⁵ y Antonio Berruezo Sánchez¹, del ¹Centro Médico Teknon, Barcelona, ²Cardiology Centre, Tucumán (Argentina), ³Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y ⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Las extrasístoles ventriculares (EV) frecuentes pueden inducir una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) o empeorar la ya existente en casos con cardiopatía estructural previa. En pacientes con infarto de miocardio (IM) previo y disfunción ventricular asociada, los resultados de la ablación de EV de alta densidad no han sido completamente descritos. El objetivo del estudio es evaluar los resultados tras la ablación de EV frecuentes en esta población.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo que incluyó 54 pacientes consecutivos con IM previo, disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y EV de alta densidad, referidos para ablación por radiofrecuencia. Se adquirió una resonancia magnética cardiaca (RMc) en un subgrupo de 23 (42%) pacientes. El tamaño y las características de la cicatriz fueron comparados con un grupo control (n = 23) de pacientes post-IM sin EV, aparejados por FEVI.

Resultados: La edad media fue 62 ± 10 años, 49 (90%) varones. La carga media de EV fue $28 \pm 12\%$. 25/54 (46%) presentaron un IM anterior y la FEVI media fue $34 \pm 8\%$. Se consiguió un éxito agudo en 47/54 (87%) pacientes. En 49/54 (90%), las EV se originaron en el VI, siendo el sitio de origen más frecuente la zona de cicatriz (18/54, 34%), seguida por el tracto de salida (16/54, 29%). En el seguimiento a un año, la carga de EV disminuyó de $28 \pm 12\%$ a $4 \pm 7\%$ ($p < 0,001$); la FEVI mejoró de $34 \pm 8\%$ a $43 \pm 11\%$ ($p < 0,001$) (A); y la clase NYHA mejoró de $2,1 \pm 0,6$ a $1,3 \pm 0,4$ puntos ($p < 0,001$). En el subgrupo de pacientes estudiados con RMc, la masa de cicatriz era significativamente menor que en el grupo control [12 ± 12 frente a 28 ± 13 g ($p = 0,001$) (B); *core* 5 ± 6 frente a 13 ± 7 g ($p < 0,001$); y *border zone* 7 ± 7 frente a 14 ± 7 g ($p = 0,007$)].



(A) Evolución de la FEVI tras ablación (B) Tamaño de cicatriz medio en pacientes post-IM ablacionados y en controles aparejados por FEVI.

Conclusiones: La ablación mejoró de forma significativa la FEVI y el estatus funcional de los pacientes con IM previo. La mayoría de las EV se originaban en el VI, pero solamente en un tercio de los casos estas se originaron en la cicatriz del infarto, siendo el tracto de salida un sitio de origen muy frecuente. Los pacientes con EV frecuentes tienen una masa de cicatriz inferior a la mitad que la de aquéllos con la misma FEVI pero

sin EV, sugiriendo un efecto perjudicial neto de las EV en el grado de disfunción sistólica encontrada, y justificando una indicación más temprana de ablación en pacientes post-IM con EV frecuente.