



6018-7. EVALUACIÓN DE LA INDUCIBILIDAD DE TAQUICARDIA VENTRICULAR DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN VENTRICULAR PROGRAMADA ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT REPARADA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

Lorena Herrador Galindo, Jaume Francisco Pascual, Alba Santos Ortega, Jordi Pérez Rodón, Begoña Benito Villabriga, Javier Cantalapiedra Romero, Pablo Jordán Marchite, Montserrat Bach Oller, Laura Dos Subirá, Antonia Pijuan-Domenech, Berta Miranda Barrio, Víctor González Fernández, Blanca Gordon Ramírez, Ignacio Ferreira González y Nuria Rivas Gándara

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio electrofisiológico (EEF) con estimulación ventricular programada (EVP) se recomienda en pacientes con Tetralogía de Fallot y factores de riesgo adicionales. Se han descrito diferentes protocolos. Pretendemos evaluar las diferencias en inducibilidad de arritmias ventriculares tras la implementación de un protocolo estándar de EVP en un centro de referencia en Cardiopatías Congénitas del Adulto.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con TdF reparada sometidos a EEF con EVP entre enero de 2001 y octubre de 2020. El nuevo protocolo constaba de estimulación en ápex y tracto de salida con 3 trenes (ciclos de 400, 500 y 600 ms) y hasta 3 extraestímulos. En ausencia de inducción se repitió el estudio bajo infusión de isoproterenol. El nuevo protocolo se implantó en enero de 2012. Se recogieron las características clínicas así como datos del ECG, el ecocardiograma y la RM cardiaca. Se realizó seguimiento retrospectivo de eventos.

Resultados: Se realizaron un total de 154 EEF con EVP en 128 pacientes; 31 antes de enero de 2012 (EVP no estandarizados) y 112 tras esta fecha con el protocolo estandarizado. El seguimiento medio fue de 6,5 años. Las características clínicas basales de ambos grupos fueron similares a excepción de FEVI y la FEVD, inferiores en el grupo de EVP no estandarizado. No se observaron diferencias en la inducción de TV (22,3 vs 33,3%; $p = 0,162$) y la administración de isoproterenol no supuso un aumento significativo en la inducción de arritmias. Los factores de riesgo para la inducción de TV fueron la anchura del QRS (184,46 vs 169,34 ms; $p = 0,038$), la FEVD (36,25 vs 43,79; $p = 0,0007$) y la presencia de extrasistolia ventricular (EEVV) (38,5 vs 20,0%; $p = 0,024$) y TV previas (35,9 vs 13,9%; $p = 0,003$). La inducción de TV durante el EEF se relacionó con TV (30,8 vs 20%, $p = 0,001$) y todo tipo de arritmias (TV, TV no sostenida, EEVV y *flutter* auricular) (41 vs 21,7%, $p = 0,005$) en el seguimiento. Sucedieron un total de 6 muertes (1 en el grupo con TV inducida y 5 en el grupo de no inducción de TV).

Características basales de los dos grupos: EVP no estandarizada y EVP estandarizada

	EEF total (= 154)	EVP no estandarizada (= 42)	EVP estandarizada (= 112)	p
Varones	96 (62,3%)	26 (61,9%)	70 (62,5%)	0,946
NYHA CF III-IV	7 (4,7%)	3 (7,1%)	4 (3,7%)	0,400
Muerte súbita	4 (2,6%)	1 (2,4%)	3 (2,7%)	0,918
Palpitaciones	68 (44,2%)	16 (38,1%)	52 (46,4%)	0,354
Síncope	25 (16,3%)	6 (14,3%)	19 (17,1%)	0,672
Presíncope	27 (17,7%)	2 (4,8%)	25 (22,5%)	0,010
Eventos arrítmicos				
<i>Flutter</i> auricular	26 (16,9%)	5 (11,9%)	21 (18,8%)	0,313
EEVV	38 (25,0%)	8 (19,1%)	30 (27,3%)	0,295
TV no sostenida	28 (18,4%)	4 (9,5%)	24 (21,8%)	0,080
TV	30 (19,6%)	8 (19,1%)	22 (19,8%)	0,915
DAI	53 (34,6%)	16 (38,1%)	37 (32,3%)	0,581
Tipo de cirugía e intervenciones				
IQ paliativa	49 (31,8%)	18 (42,9%)	31 (27,7%)	0,072
Parche transanular	84 (63,2%)	21 (56,8%)	63 (65,6%)	0,342
Ventriculotomía	109 (82,2%)	32 (86,5%)	77 (81,9%)	0,474
RVP	132 (86,3%)	37 (90,2%)	95 (84,8%)	0,388

ECG basal

QRS > 180 ms	42 (27,3%)	10 (23,8%)	32 (28,6%)	0,744
--------------	------------	------------	------------	-------

EEF: estudio electrofisiológico; EVP: estimulación ventricular programada; NYHA CF: clase funcionaria; TV: taquicardia ventricular; IQ: intervención quirúrgica; RVP: recambio valvular pulmonar.

Conclusiones: La implementación de un protocolo estandarizado y más completo de EVP en pacientes con TdF no mostró diferencias significativas en la inducción de TV en la experiencia de nuestro centro. Los factores de riesgo para inducción de TV fueron la anchura de QRS, la FEVD, la presencia de EEVV y TV previa. La inducción de TV implicó más arritmias en el seguimiento.