



## 6027-13. DESCUBRIENDO EL *SUMMIT* DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: ¿ES ALCANZABLE?

Etel Silva<sup>1</sup>, Andrea Gómez López<sup>2</sup>, Juan Enrique Puche García<sup>1</sup>, Juan Fernández-Armenta Pastor<sup>1</sup>, Marcos Fernández<sup>1</sup>, Lucas Cano Calabria<sup>1</sup>, Antonio Berruezo Sánchez<sup>3</sup> y Rafael Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz). <sup>3</sup>Centro Médico Teknon, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La incidencia y resultados de la ablación de extrasístoles ventriculares (EV) con origen en el *summit* del ventrículo izquierdo (VI) es desconocida. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de nuestro centro en la ablación EV con origen en el *summit* del VI.

**Métodos:** 73 pacientes con alta carga de EV sometidos a ablación en los últimos 30 meses fueron analizados. Se utilizaron el sistema de navegación Casto 3 junto con un catéter de ablación con sensor de contacto tanto para el mapeo como para la ablación de la EV. La topoestimulación se utilizó en los casos de baja carga de EV. El acceso aórtico retrógrado fue el abordaje de elección para el mapeo endocárdico y el seno coronario (SC) para el mapeo epicárdico. Se analizó la carga de EV en un holter 24 horas y la función sistólica del ventrículo izquierdo antes del procedimiento y a los 6 y 12 meses del seguimiento estableciendo como un éxito del procedimiento como una reducción  $\geq 80\%$  en la carga de EV.

**Resultados:** El *summit* del VI fue el lugar de origen de la EV en 15 (18%) de los pacientes (69% varones,  $63 \pm 10$  años). Atendiendo a la morfología del electrocardiograma, 3 (23%) pacientes tenían un BRDHH, 3 (23%) una transición en V2 y 10 (77%) una transición en V3. 11 pacientes (84,6%) presentaban una función sistólica del ventrículo izquierdo  $50\%$ . Se logró un mapeo completo del SC en 8 pacientes (61%) con una precocidad máxima en la vena cardiaca en dos de ellos. Se realizó una ablación endocárdica en 10 pacientes, una ablación epicárdica en 3 pacientes consiguiéndose una eliminación de la EV en 10 pacientes (77%). El éxito del procedimiento a corto plazo (definido con una reducción del  $80\%$  a los 6 meses) se obtuvo en 11 pacientes (92,3%) que se mantuvo a los 12 meses del seguimiento. El tiempo medio del procedimiento fue de  $89 \pm 41$  min con  $7,5 \pm 5$  min of fluoroscopia. Se realizó una media de 3 aplicaciones de RF (tiempo de RF  $169 \pm 162$ s) sin complicaciones asociadas. A los 6 meses del seguimiento, la carga de EV se redujo significativamente ( $23,4 \pm 8\%$  vs  $3,6 \pm 2\%$ ,  $p = 0,001$ ) con una mejoría de la función sistólica del VI ( $40 \pm 8\%$  vs  $48 \pm 9\%$ ,  $p = 0,017$ ).

**Conclusiones:** La EV con origen en el *summit* del VI muestra una gran incidencia en nuestra serie. La ablación endocárdica por RF utilizando un catéter con sensor de contacto tiene una alta tasa de éxito reduciendo la carga de EV y mejorando al FEVI a corto y largo plazo.