



6027-5. DIFERENCIAS EN LA INDUCCIÓN DE ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT REPARADA EN FUNCIÓN DE LA INDICACIÓN CLÍNICA DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

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: Todavía existen controversias sobre la estratificación del riesgo de arrítmico de los pacientes con tetralogía de Fallot (TdF) reparada. La realización de un estudio electrofisiológico (EEF) previo al recambio valvular pulmonar (RVP) independientemente de otros factores de riesgo es una práctica extendida en algunos centros que no se recoge en las últimas guías de práctica clínica. El objetivo del estudio es explorar las diferencias en inducibilidad de arritmias ventriculares durante la estimulación ventricular programada (EVP) en función de la indicación clínica del estudio.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con TdF reparada a los que se les realizó un EEF con EVP entre enero de 2001 y octubre de 2020. Se excluyeron los EEF realizados para ablación de taquicardias ventriculares o supraventriculares ya diagnosticadas previamente. Se definieron dos escenarios clínicos diferentes: estudios realizados de forma sistemática previo al RVP o EEF diagnósticos realizados en pacientes con síntomas (palpitaciones, síncope o presíncope). Se recogieron además de forma retrospectiva las características clínicas basales, los datos sobre la ecocardiografía, la RM cardiaca y el electrocardiograma basal.

Resultados: Se incluyeron un total de 139 EEF; 87 realizados previo al RVP y 52 diagnósticos. Como era esperable, el grupo de pacientes sometidos a EEF previo a RVP tenían menos antecedentes de síncope, presíncope o palpitaciones. Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones y función sistólica del ventrículo derecho de ambos grupos (tabla). El abordaje quirúrgico de la cirugía reparadora de ambos grupos fue similar (tabla). Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la inducción de arritmias ventriculares entre ambos grupos (16,1% en el grupo de RVP vs 34,6% en el grupo diagnóstico; $p = 0,012$).

Características basales de los dos grupos: estudio electrofisiológico previo a recambio valvular pulmonar (EEF Pre-RVP) y estudio electrofisiológico por síntomas (EEF diagnóstico)

EEF total (= 139) EEF pre-RVP (= 87) EEF diagnósticos (= 52) p

Varones	89 (64,0%)	55 (63,2%)	34 (65,4%)	0,797
Palpitaciones	64 (46,0%)	29 (33,3%)	35 (67,3%)	0,001
Síncope	22 (16,0%)	7 (8,1%)	15 (29,4%)	0,001
Presíncope	25 (18,1%)	7 (8,1%)	18 (35,3%)	0,001
ECG basal				
Ritmo sinusal	135 (97,8%)	85 (98,8%)	50 (96,2%)	0,405
QRS> 180 ms	41 (29,7%)	18 (20,7%)	23 (45,1%)	0,002
Parámetros RM				
RT (n)	49 (65,3%)	32 (65,3%)	17 (65,4%)	0,995
VTDVDi (ml/m ²)	160,10 ± 46,16	173,87 ± 40,51	140,96 ± 49,06	0,001
FEVD (%)	42,04 ± 9,62	41,76 ± 8,60	42,72 ± 11,31	0,4028
VTDVli (ml/m ²)	82,22 +/-20,81	80,69 ± 19,95	86,21 ± 22,77	0,1963
FEVI (%)	54,97 ± 7,14	54,0 ± 7,06	57,17 ± 7,32	0,0159
VR IP (%)	46,72 ± 26,30	56,17 ± 20,58	26,71 ± 27,49	0,001
Parámetros ecocardiográficos				
DTDVI (mm)	46,29 ± 7,46	45,63 ± 6,05	47,76 ± 8,54	0,1261
FEVI (%)	56,68 ± 10,36	56,62 ± 10,78	57,07 ± 10,09	0,8106
DTDVD (mm)	43,62 ± 9,60	45,21 ± 9,86	40,81 ± 7,62	0,0384

TAPSE (mm)	17,16 ± 4,65	18,16 ± 4,61	15,85 ± 3,97	0,0023
------------	--------------	--------------	--------------	--------

RT: realce tardío; IP: insuficiencia pulmonar; VR: volumen regurgitante.

Conclusiones: Existen diferencias en la inducción de arritmias ventriculares durante la EVP de pacientes con TdF en función de la indicación clínica del EEF. Por lo tanto, la sintomatología es un parámetro importante que debe tenerse en cuenta a la hora de decidir realizar un EEF en esta población de pacientes.