



2. ESTIMULACIÓN DIFERENCIAL ÁPEX DE VENTRÍCULO DERECHO-BASE DE VENTRÍCULO IZQUIERDO: UNA NUEVA MANIOBRA PARA EXCLUIR LA PRESENCIA DE UNA VÍA ACCESORIA IZQUIERDA CON CONDUCCIÓN RETRÓGRADA

Cristina Contreras Lorenzo¹, Sergio Castrejón Castrejón², Marcel Martínez Cossiani², Leonardo Guido¹, Daniel Merino Fuentes², Miguel Jáuregui Abularach², María Eugenia Martínez Maldonado¹, Krisztian Kassa¹, Lucía Cobarro Gálvez², Clara Ugueto Rodrigo², Nuria Tur³, Sonia Bartolomé⁴, Carlos Escobar Cervantes², José Raúl Moreno Gómez² y José Luis Merino Lloréns²

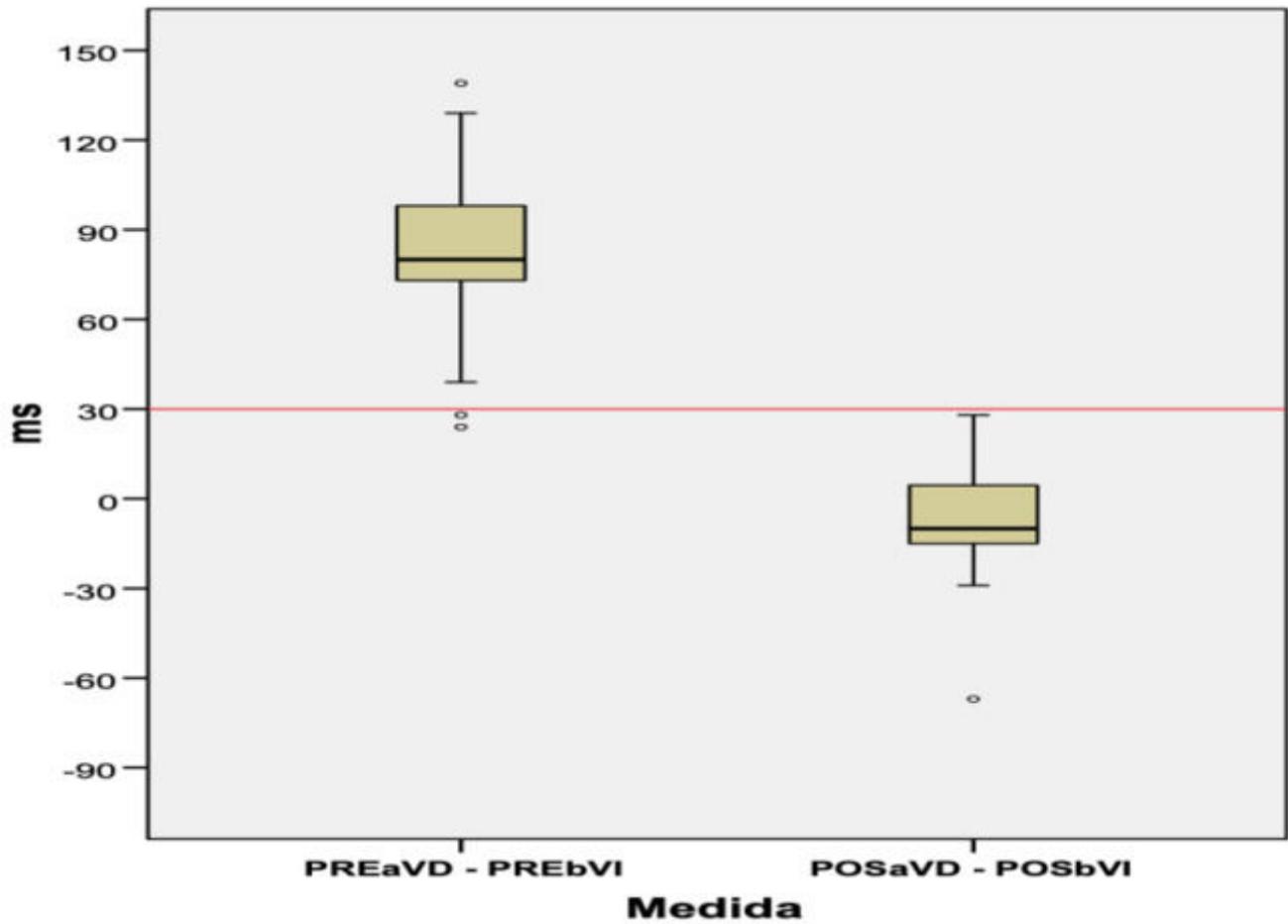
¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ³Hospital Universitario del Henares, Coslada Madrid, España y ⁴Hospital Infanta Cristina, Parla Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La secuencia de activación auricular retrógrada durante estimulación del ventrículo derecho permite descartar la presencia de vías accesorias de pared libre izquierda. Sin embargo, en ocasiones una conducción VA acelerada por el nodo AV puede enmascarar esta. Este estudio evalúa por primera vez el valor diagnóstico de la estimulación diferencial desde ápex de VD (aVD) y base de VI (bVI) en pacientes con vías accesorias de pared libre izquierda.

Métodos: Se estudió la conducción retrógrada 1:1 antes de la ablación (PRE) midiendo el intervalo S-A al auriculograma más precoz de un catéter multipolar colocado en seno coronario estimulando desde aVD (PREaVD) y desde bVI (PREbVI) así como la captura auricular directa estimulando desde el mismo punto de bVI (PREdir). Tras la ablación (POS) se midieron los mismos intervalos (POSaVD, POSbVI, POSdir) desde los mismos puntos de estimulación y al mismo dipolo del catéter de SC, comparándose los resultados y sus diferencias.

Resultados: Se incluyen 33 pacientes (32 ± 10 años, 69% varones, acceso transeptal 51%), el 70% con conducción retrógrada 1:1 tras ablación eficaz de la vía, que se consiguió en todos los pacientes. Los intervalos SA se prolongaron significativamente tanto desde aVD (POSaVD-PREaVD = 46 ± 34 ms, IC95% 30-62 ms, p 0,001) como desde bVI (POSbVI-PREbVI = 132 ± 53 ms, IC95% 108-155 ms, p 0,001), pero no así el intervalo SA en captura auricular directa (POSdir-PREdir = 2 ± 10 ms, IC95% -3-7 ms, p = 0,39). La diferencia (difPRE) PREaVD-PREbVI fue 81 ± 26 ms (IC95% 72-91 ms) no se solapó nunca con la diferencia (difPOS) POSaVD-POSbVI (-6 ± 20 ms, IC95% -16-3 ms) siendo $(\text{difPRE}-\text{difPOS}) = 86 \pm 31$ ms (IC95% 71-100 ms, p 0,001) y un valor difPOS 30 ms discriminó que la ablación había sido eficaz (figura).



Estimulación diferencial desde ápex de VD y base de VI previa y posterior a la ablación.

Conclusiones: La estimulación diferencial desde aVD y bVI PRE y POS ablación accesoria discriminan eficazmente la ablación eficaz. Un valor de SA aVD -bVI 30 ms permite excluir la conducción VA a través de una vía accesoria izquierda.