

Ablación con catéter de una vía accesoria oculta entre la orejuela derecha y el ventrículo derecho

Sr. Editor:

La ablación con catéter se ha convertido en el tratamiento de elección de pacientes sintomáticos con vías accesorias (Vac) que conectan las aurículas y los ventrículos. En su gran mayoría, éstas conectan ambas cámaras cardíacas a nivel de los anillos auriculoventriculares, si bien ocasionalmente se localizan a cierta distancia de éstos, en lugares inesperados y generalmente no explorados.

Presentamos el caso de un varón de 34 años sin cardiopatía estructural, remitido para la realización de un estudio electrofisiológico por una historia de varios años de evolución de taquicardias paroxísticas supraventriculares. El ECG basal era normal. El estudio se realizó con tres catéteres tetrapolares para la región del His, el ventrículo derecho, y la aurícula derecha. Se descartó la existencia de preexcitación ventricular. La estimulación ventricular evidenció conducción ventriculoauricular (VA) excéntrica y no decremental, con actividad auricular más precoz en la aurícula derecha alta, lo que indica una Vac oculta derecha. Se colocó un catéter multielectrodo «deflectable» en la aurícula derecha, para facilitar la cartografía de activación del anillo tricúspide (AT) y localizar con mayor precisión la inserción auricular de la Vac, y se observó que la activación auricular más precoz se registraba en posición lateral del AT (bipolo 3-4). De forma muy reproducible, se indujo una taquicardia ortodrómica (fig. 1A), con una longitud de ciclo de 323 ms, un intervalo VA septal de 106 ms y en AT lateral de 83 ms, con una secuencia de activación auricular idéntica a la obtenida en ritmo sinusal con estimulación ventricular. La participación activa de la Vac derecha en la taquicardia ortodrómica se confirmó con maniobras de estimulación en taquicardia. Para la ablación, se usó un catéter «deflectable» tetrapolar 7 Fr (Marin[®] 4 mm, Medtronic), avanzado a

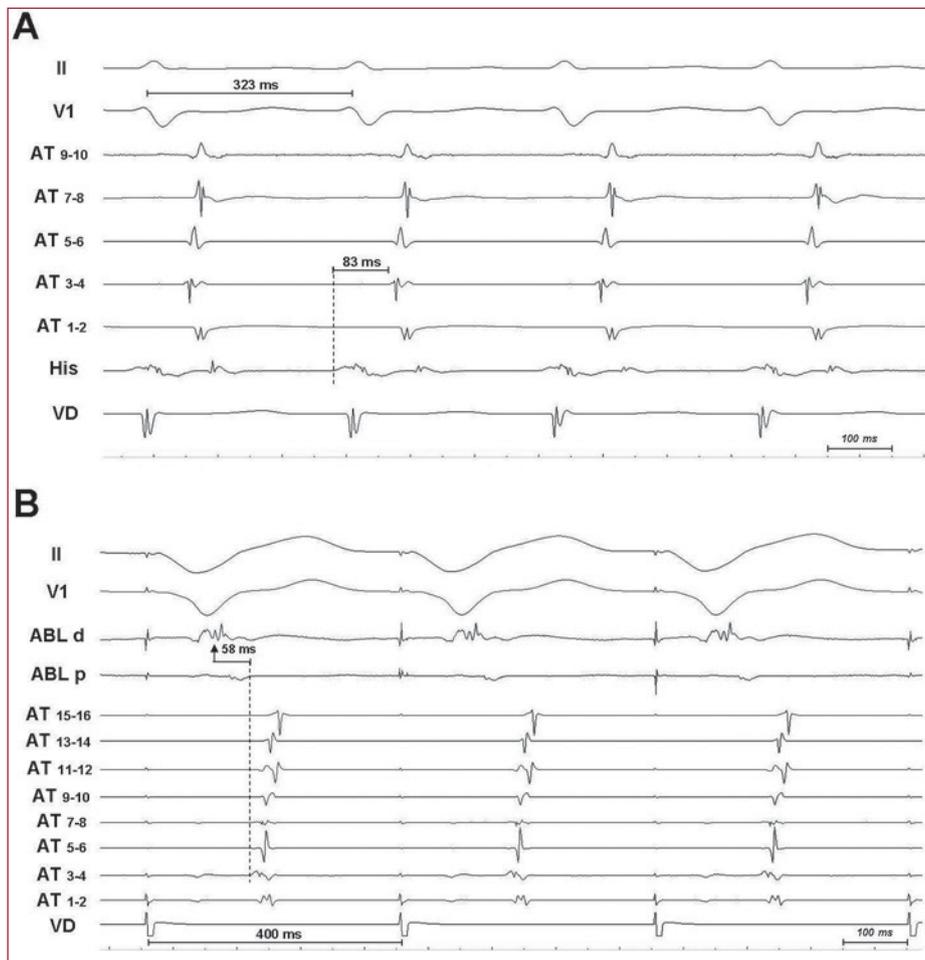


Fig. 1. A: derivaciones electrocardiográficas (II y V1) y registros intracavitarios de activación en el anillo tricúspide (AT) (1-2 son el par distal), His y ventrículo derecho (VD), de la taquicardia. B: registros en el punto de ablación de la Vac durante estimulación continua desde VD. ABL d, p: catéter de ablación, par de electrodos distal y proximal.

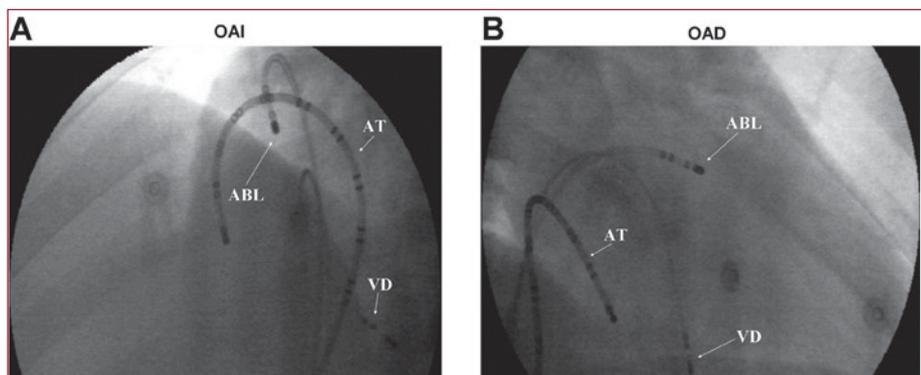


Fig. 2. A: proyección radiológica oblicua anterior izquierda (OAI) en el punto de ablación de la Vac. B: proyección radiológica oblicua anterior derecha (OAD) en el punto de ablación de la Vac. ABL: catéter de ablación; AT: catéter para cartografía del anillo tricúspide; VD: catéter de ventrículo derecho.

través de un introductor preformado (Fast-Cath SR3®, St. Jude Medical). Durante estimulación ventricular continua se realizaron 9 aplicaciones fallidas de radiofrecuencia (10-25 s; 60°; 55 W) en posición lateral del AT, donde se obtenían las mayores precocidades respecto al auriculograma más precoz (AT 3-4), si bien nunca superiores a 10 ms y sin continuidad VA local. Ante estos hallazgos y la observación de gran simultaneidad de activación auricular en los pares de electrodos del catéter de AT,

decidimos cartografiar la orejuela derecha (fig. 2), en cuya base se encontraron precocidades superiores a 50 ms y continuidad VA local, sin observarse ningún potencial de Vac (fig. 1B). En esta región se realizaron 5 aplicaciones, la última de las cuales (120 s; 50°; 30 W) consiguió eliminar la conducción de la Vac a los 10 s de forma permanente y sin complicaciones.

Las Vac con inserción auricular en la orejuela se deben a conexiones epicárdicas entre ésta y el ven-

trículo adyacente, ya sean congénitas o creadas quirúrgicamente^{1,2}. Es la norma, como ocurrió en nuestro caso, la ausencia de un potencial de Vac en el punto de éxito en la ablación, debido a que estas vías son consecuencia de una conexión directa entre la orejuela y el miocardio ventricular. La ablación desde la orejuela derecha suele requerir que se aísle con las aplicaciones la zona de la orejuela que se une al ventrículo, lo que suele obligar a numerosas aplicaciones³. En ocasiones puede ser necesario el uso de catéteres de punta irrigada debido al escaso flujo sanguíneo en la interfase entre el catéter y la superficie trabeculada de la orejuela, o un abordaje epicárdico, quirúrgico o percutáneo^{1,4}.

Miguel A. Arias, Alberto Puchol, Marta Pachón
y Eduardo Castellanos

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca. Servicio de Cardiología.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Milstein S, Dunnigan A, Tang C, Pineda E. Right atrial appendage to right ventricle accessory atrioventricular connection: a case report. *Pacing Clin Electrophysiol*. 1997;20:1877-80.
2. Hager A, Zrenner B, Brodherr-Heberlein S, Steinbauer-Rosenthal I, Schreieck J, Hess J. Congenital and surgically acquired Wolff-Parkinson-White syndrome in patients with tricuspid atresia. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;130:48-53.
3. Soejima K, Mitamura H, Miyazaki T, Miyoshi S, Murata M, Sato T, et al. Catheter ablation of accessory atrioventricular connection between right atrial appendage to right ventricle: a case report. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1998;9:523-8.
4. Lam C, Schweikert R, Kanagaratnam L, Natale A. Radiofrequency ablation of a right atrial appendage-ventricular accessory pathway by transcutaneous epicardial instrumentation. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2000;11:1170-3.