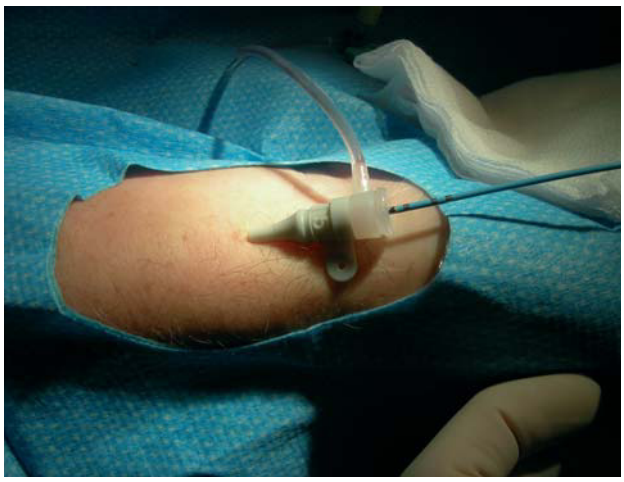

**Fig. 1.** Introductor radial y catéter de ablación Medtronic Marinr® 5 F.

**Fig 2.** Imagen de fluoroscopia que muestra el catéter de ablación sobre el haz de His.

## Abordaje radial para ablación del His ante fibrilación auricular rápida en portador de DAI-TRC

**Sra. Editora:**

La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha mostrado mejorar la función cardiaca, la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con insuficiencia cardiaca sintomática, QRS ≥ 120 ms y disfunción ventricular izquierda[1]. Cada vez más estudios demuestran beneficio en pacientes en fibrilación auricular (FA), siempre que se logren tasas de estimulación biventricular mayores del 90%[2,3]. En caso de no alcanzar dicho objetivo mediante tratamiento farmacológico frenador, está indicada la ablación del nodo auriculoventricular.

Presentamos el caso de un varón de 66 años hipertenso, diabético y dislipémico, diagnosticado de miocardiopatía dilatada isquémica con FEVI del 30%, revascularizado quirúrgicamente, en FA y clase funcional NYHA II-III, con frecuentes ingresos por descompensación de insuficiencia cardiaca, por lo que se decidió la implantación de un desfibrilador automático implantable con terapia de resincronización cardiaca (DAI-TRC).

Al registrar tasas de estimulación inferiores al 80%, se decidió ablacionar el haz de His por vía arterial, para evitar desplazar el electrodo del ventrículo izquierdo con la manipulación del catéter de ablación en las proximidades del seno coronario. Como el paciente presentaba síndrome de Leriche grave (enfermedad aterosclerótica aortoiliaca), con imposibilidad de canalización arterial femoral durante intento previo de coronariografía, se realizó el procedimiento por abordaje radial.

Tras anestesiar la zona de punción con lidocaína al 2%, se canalizó la arteria radial 1-2 cm proximalmente a la apófisis estiloides del radio insertando un introductor radial 5 F (Terumo®, Radifocus® Introducer II). Tras la canalización, se administraron 2,5 mg de verapamilo intraarterial (antiespasmódico) y 5.000 U de heparina sódica. Se progresó un catéter de ablación (Medtronic® Marinr 5 F, punta de 4 mm) (fig. 1) por vía retroaórtica hasta posicionarlo sobre el His izquierdo (fig. 2), y se ablacionó sin complicaciones. Los tiempos de procedimiento, ablación y escopia (30 min, 108 s, 3.05 min, respectivamente) no se prolongaron respecto a procedimientos similares con abordaje femoral.

Al finalizar, se retiró el introductor y se realizó compresión local manual, seguida de apósito compresivo que se fue aflojando en las horas siguientes, sin evidenciar sangrado ni hematoma. El paciente fue dado de alta en las 24 h siguientes, tras comprobar la normofunción del sistema de TRC, con estimulación del 99,8%.

El acceso radial percutáneo es, desde que en 1989 Campeau[4] y en 1993 Kiemeneij et al[5] lo emplearan para cateterismo cardiaco e intervención coronaria percutánea, respectivamente, un abordaje cada vez más frecuente en hemodinámica, por su menor tasa de complicaciones, mayor comodidad para el paciente y menor media de estancia hospitalaria. Su generalización se ve limitada por el pequeño diámetro de la arteria, que requiere utilizar catéteres de menor calibre con menor soporte, las variantes anatómicas (como *loops*) o el espasmo arterial, que dificultan y llegan a impedir la progresión del catéter, así como la curva de aprendizaje inherente a cualquier técnica. En el caso de estudios electrofisiológicos una limitación añadida es el empleo simultáneo de múltiples catéteres en la mayor parte de los procedimientos, lo que obliga a combinar varios abordajes y reduce las ventajas del abordaje radial.

No obstante, el acceso radial ha mostrado ser seguro, eficaz, más cómodo para el paciente y con menos complicaciones, fundamentalmente, locales. Todas estas ventajas permiten considerarlo una alternativa válida a tener en cuenta para la realización de procedimientos sencillos como, por ejemplo, la ablación del His o, como recientemente se ha publicado[6], vías accesorias izquierdas, que pueden realizarse con seguridad e igual tasa de eficacia con un único catéter.

Elena Pérez-Pereira, Vitelio Mariona, Jorge Toquero e Ignacio Fernández-Lozano
Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NA 3rd, Freedman RA, Gettes LS, et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2008;51:e1-62.
2. Gasparini M, Auricchio A, Regoli F, Fantoni C, Kawabata M, Galimberti P, et al. Four-year efficacy of cardiac resynchronization therapy on exercise tolerance and disease progression: the importance of performing atrioventricular junction ablation in patients with atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol. 2006;48:734-43.
3. Gasparini M, Auricchio A, Metra M, Regoli F, Fantoni C, Lamp B, et al. Long-term survival in patients undergoing cardiac resynchronization therapy: the importance of performing atrioventricular junction ablation in patients with permanent atrial fibrillation. Eur Heart J. 2008;29:1644-52.
4. Campeau L. Percutaneous radial artery approach for coronary angiography. Cathet Cardiovasc Diagn. 1989;16:3-7.
5. Kiemeneij F, Laarman GJ. Percutaneous transradial artery approach for coronary stent implantation. Cathet Cardiovasc Diagn. 1993;30:173-8.
6. Jiang H, Zhang M, He B, Lu Z, Yang B, Huang H, et al. New access for radiofrequency catheter ablation of left-sided atrioventricular accessory pathways – safety and efficacy of the transradial approach. Circ J. 2009;73:833-7.