

- Molnár L, Papp R, Nagy A, Merkely B, Ruzsa Z. TCT-596 Transradial access for Balloon Aortic Valvuloplasty. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:B246.
- Boe BA, Zampi JD, Kennedy KF, et al. Acute Success of Balloon Aortic Valvuloplasty in the Current Era. *JACC Cardiovasc Interv*. 2017;10:1717–1726.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.07.017>

0300-8932/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.

Bloqueo auriculoventricular permanente tras test de flecainida



Permanent atrioventricular block after flecainide testing

Sr. Editor:

Los test farmacológicos con bloqueadores de los canales del sodio (BCS) pueden presentar utilidades diagnósticas no esperadas en el síncope de diagnóstico incierto.

Presentamos el caso de una mujer de 72 años que acudió a urgencias por síncope de perfil cardiogénico (estando sentada, sin pródromos, con recuperación completa). Como antecedentes, únicamente destacaba que su hijo había fallecido a los 39 años de muerte súbita de causa no filiada, sin autopsia. El estudio inicial, incluido ecocardiograma, no mostraba anomalías salvo la presencia en el ECG de un QRS de 100 ms con un patrón tipo 3 de Brugada (figura 1A), sin cambios significativos en derivaciones altas y superaltas.

Dada la historia familiar de la paciente, se realizó un estudio farmacológico para descartar síndrome de Brugada (flecainida 2 mg/kg durante 10 min). Durante el procedimiento no se observaron cambios en el segmento ST en V₁ o V₂. Sin embargo, sin ensanchamiento previo del QRS, la paciente desarrolló un bloqueo auriculoventricular (BAV) inicialmente de segundo grado y finalmente completo (figura 1B). Se suspendió la perfusión de flecainida y se introdujo a través de punción femoral derecha un catéter tetrapolar en el ventrículo derecho, que permitió el registro del haz de His y confirmó que el BAV era infranodular (figura 2A). Dada la persistencia del BAV completo, dicho catéter se dejó en el ápex del ventrículo derecho para estimulación como marcapasos transitorio. Se trasladó a la paciente a la unidad coronaria. Tras más de 24 h de monitorización, el BAV completo no se recuperó, por lo que finalmente se implantó un marcapasos definitivo. En el seguimiento a los 3 años, la paciente estaba asintomática (sin recurrencias del síncope) y continuaba dependiente de la estimulación por el marcapasos, ya que persistía el BAV completo (figura 2B).

Los test farmacológicos con BCS (normalmente ajmalina o flecainida, e incluso procainamida) se utilizan habitualmente para desenmascarar el patrón electrocardiográfico del síndrome de Brugada tipo 1 en casos no diagnósticos (síncope de diagnóstico incierto, cribado familiar)^{1,2}. El uso de BCS también se recomienda en las guías de práctica clínica para los casos de síncope con bloqueo bifascicular e intervalo HV < 70 ms, con el objetivo de desenmascarar trastornos en el sistema His-Purkinje¹. Tradicionalmente se ha recomendado la procainamida y más raramente la ajmalina^{1,3,4}. Sin embargo, un estudio reciente ha mostrado que la flecainida podría ser más sensible que la procainamida para desenmascarar la afección en el sistema His-Purkinje en este tipo de pacientes⁵. Se indicaría implante de marcapasos si tras administrar el BCS, el HV se prolongara hasta alcanzar una duración > 100 ms o si se produjera BAV infranodular de segundo o tercer grado^{3,5}, como fue el caso de nuestra paciente.

Se ha demostrado que el uso de BCS en el test farmacológico es un procedimiento seguro, aunque podría desencadenar arritmias ventriculares o BAV transitorios, especialmente en los pacientes que presentan alteraciones de la conducción auriculoventricular o intraventriculares previas^{5,6}. Para prevenir la aparición del BAV, la mayoría de los autores recomiendan finalizar el estudio farmacológico cuando se observe un ensanchamiento del QRS > 30%⁶. Hasta la fecha, las alteraciones de la conducción descritas secundarias al uso de fármacos antiarrítmicos del grupo Ic (flecainida, propafenona) eran transitorias, con una duración máxima relacionada con la vida media del fármaco (≈ 6 h en el caso de la flecainida, que puede llegar a 58 h en caso de enfermedad renal crónica).

En el caso que se presenta, es de destacar por un lado que el BAV durante el test de flecainida se produjo sin ensanchamiento previo del QRS a pesar de ser infranodular (lo que indica que el BAV en este caso sería probablemente intrahisiano). Por otro lado, el BAV resultó permanente y no transitorio como se describe en la literatura previa, con necesidad de implante de marcapasos definitivo.

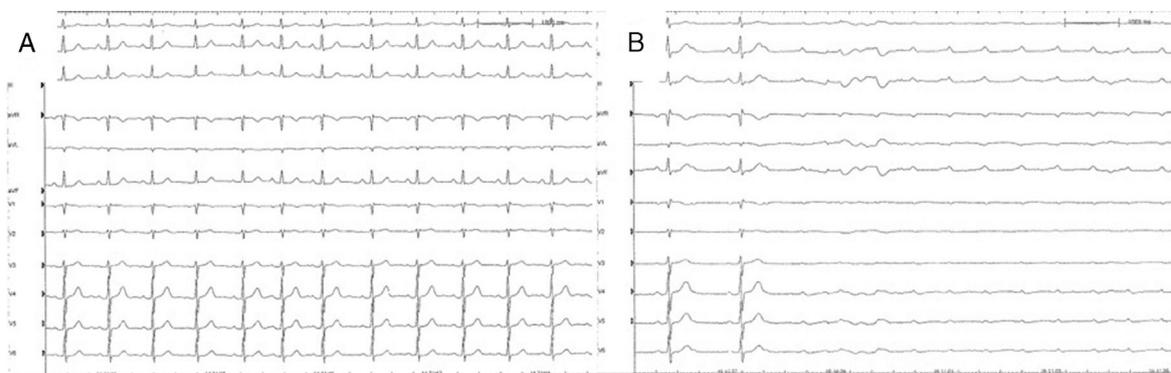


Figura 1. A: electrocardiograma basal con un QRS de 100 ms y un patrón de Brugada tipo 3. B: bloqueo auriculoventricular completo sin ensanchamiento previo del QRS.

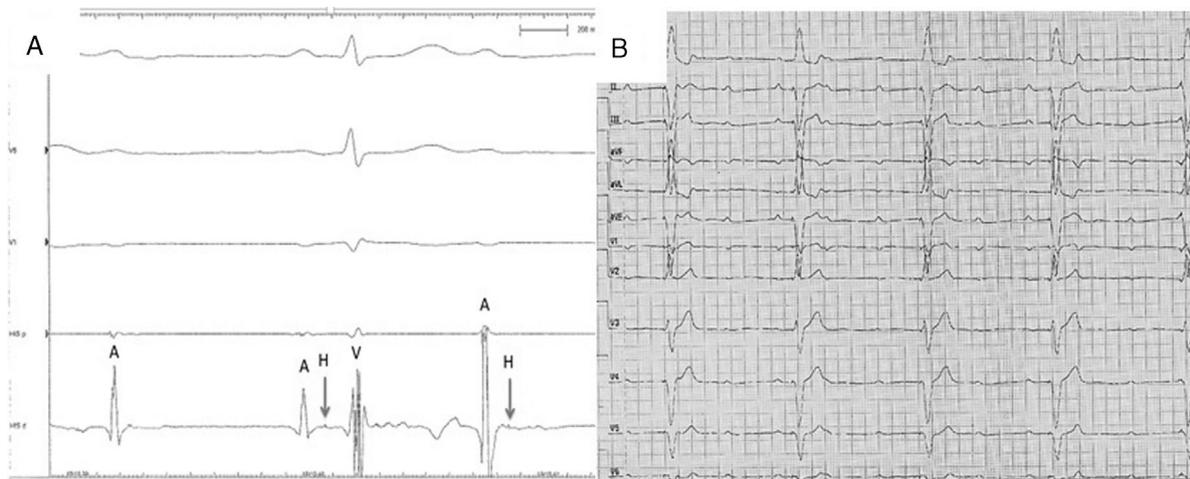


Figura 2. A: estudio electrofisiológico que demuestra bloqueo auriculoventricular intrahisiano con electrogramas auricular (A), hisiano (H) y ventricular (V). B: electrocardiograma 2 años después del episodio, con bloqueo auriculoventricular completo y dependencia del marcapasos.

En definitiva, consideramos que la flecainida desenmascaró un trastorno del sistema His-Purkinje como etiología del síncope. Este caso, por tanto, plantea la incógnita de si debería realizarse un test farmacológico con BCS en casos de síncope de causa no filiada con QRS prolongado pero < 120 ms (bloqueo incompleto de rama izquierda o derecha, hemibloqueos) para desenmascarar anomalías de la conducción His-Purkinje como causa del síncope.

Raquel Luna-López, Tomás Datino*, María Ángeles Espinosa, Francisco Fernández-Avilés y Ángel Arenal

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERCV, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: tomas.datino@gmail.com (T. Datino).

On-line el 27 juillet 2019

BIBLIOGRAFÍA

1. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018;39:1883-1948.
2. Somani R, Krahn AD, Healey JS, et al. Procainamide infusion in the evaluation of unexplained cardiac arrest: From the Cardiac Arrest Survivors with Preserved Ejection Fraction Registry (CASPER). *Heart Rhythm*. 2014;11:1047-1054.
3. Tonkin AM, Heddle WF, Tornos P. Procainamide administration during electrophysiology study—utility as a provocative test for intermittent atrioventricular block. *Aust N Z J Med*. 1978;8:594-602.
4. Martí-Almor J, Cladellas M, Bazán V, et al. Nuevos predictores de evolución a bloqueo auriculoventricular en pacientes con bloqueo bifascicular. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:400-408.
5. Roca-Luque I, Francisco-Pasqual J, Oristrell G, et al. Flecainide versus procainamide in electrophysiological study in patients with syncope and wide QRS duration. *JACC Clin Electrophysiol*. 2019;5:212-219.
6. Rolf S, Bruns HJ, Wichter T, et al. The ajmaline challenge in Brugada syndrome: Diagnostic impact, safety, and recommended protocol. *Eur Heart J*. 2003;24:1104-1112.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.06.020>
0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Implante sin introductor de válvula Portico por acceso transaxilar. Experiencia inicial de un «equipo multidisciplinario» real



Sheathless transaxillary transcatheter aortic valve implantation using the Portico valve system. Initial experience of a real-world “Heart Team”

El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se indica a pacientes con estenosis aórtica grave con riesgo quirúrgico alto o intermedio o inoperables^{1,2}. El acceso más utilizado es el transfemoral, no siempre posible por enfermedad arterial periférica, y se proponen otras rutas alternativas, no siempre asociadas con un buen resultado³. El acceso transaxilar ofrece una menor distancia desde la punción al anillo aórtico que permitiría un mayor control durante el implante. La arteria axilar izquierda es la

más utilizada porque permite mayor coaxialidad entre el dispositivo y el anillo aórtico, pero es más frágil que la arteria femoral común y no es compresible. La posibilidad de realizar TAVI con una válvula muy flexible que permita avanzarla en arterias tortuosas como la Portico (Abbott Vascular; Santa Clara, California, Estados Unidos) sin introductor⁴, lo cual disminuye su perfil, podría reducir las complicaciones vasculares y permitir su uso en arterias más pequeñas.

Las guías clínicas¹ propugnan un «equipo multidisciplinario», pero lo cierto es que el papel de los cirujanos cardiacos (CC) y los cardiólogos intervencionistas (CI) varía entre los distintos hospitales.

El objetivo de nuestro estudio es describir nuestra experiencia con la válvula autoexpandible Portico implantada sin introductor por vía transaxilar en la que tanto el CC como el CI participan activamente en las decisiones previas y durante el implante.