



4001-5. MAPEO Y ABLACIÓN DE LA TAQUICARDIA AURICULAR PARAHISIANA DESDE RAÍZ AÓRTICA COMO OPCIÓN PRIORITARIA

Ez Alddin Rajjoub Al-Mahdi, Cristina Lozano Granero, Roberto Matía Francés, Antonio Hernández Madrid, José Luis Zamorano Gómez, Javier Moreno Planas y Eduardo Franco Díez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La taquicardia auricular parahisiana (TA-ph) se distingue por el riesgo de bloqueo AV iatrogénico que entraña su ablación. La relación anatómica de la raíz aórtica con el septo interauricular anterior explica que el seno de Valsalva no coronario (SNC) sea una alternativa para la aplicación de radiofrecuencia en estos casos, donde la estabilidad del catéter y la distancia al nódulo AV son mayores. Se revisan los resultados de una estrategia de ablación de TA-ph basada en el mapeo sistemático de raíz aórtica y su ablación desde esta posición.

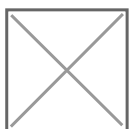
Métodos: Estudio unicéntrico de casos consecutivos (2014-2020) de pacientes con taquicardia auricular focal con estudio electrofisiológico y ablación programada, con mapeo sistemático de las TA-ph desde raíz aórtica y su ablación preferencial desde esta posición. Para establecer la recurrencia de arritmias auriculares, se realizó seguimiento clínico presencial, que incluyó un Holter-ECG a los 3 meses del procedimiento, y se revisó las consultas de los 44 meses posteriores al procedimiento, evaluándose la recurrencia arrítmica confirmada o probable por sintomatología del paciente. Además, se completó seguimiento telefónico entre enero y marzo de 2021 si no se cumplieron los 44 meses de seguimiento.

Resultados: Se realizaron 105 procedimientos de ablación de taquicardia auricular focal en 98 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 19,2 meses (5,8-36,8). La prevalencia de TA-ph fue del 24%. En 22 casos de TA-ph (88%) fue suficiente la aplicación desde SNC, requiriéndose abordaje mixto en dos casos (uno por éxito transitorio desde SNC y en otro se intentó evitar inicialmente el abordaje de SNC por prótesis aórtica pero finalmente fue necesario) y en un paciente se aplicó directa y únicamente desde la aurícula derecha (por ser portador dependiente de un marcapasos bicameral). Un caso de pseudoaneurisma femoral fue la única complicación del abordaje arterial. No se documentó ninguna complicación embólica o bloqueo AV. La tabla y figura comparan, respectivamente, las características y supervivencia libre de arritmias auriculares tras la ablación de las TA-ph respecto al resto.

Comparación de taquicardias auriculares parahisianas y no parahisianas

Total (N= 105)	No parahisianas (N= 80)	Parahisianas (N= 25)	p
----------------	-------------------------	----------------------	---

Mujer	52 (65%)	19 (76%)	0,3
Edad	65 (46-75)	77 (72-81)	0,001
Cardiopatía de base	25 (31%)	7 (28%)	0,85
Historia de FA o flúter auricular	21 (26%)	5 (20%)	0,59
Éxito	77 (96%)	25 (100%)	0,33
Navegador	52 (65%)	14 (56%)	0,46
Recurrencias	29 (36%)	4 (16%)	0,2
Manejo de recurrencia			
Ablación	11 (38%)	0 (0%)	
Fármacos/cardioversión	10 (34%)	4 (100%)	0,42
Ablación nódulo y marcapasos	5 (17%)	0 (0%)	
Expectante	3 (10%)	0 (0%)	



Supervivencia libre de arritmias.

Conclusiones: Existe una tendencia no significativa de supervivencia libre de arritmias auriculares mayor tras la ablación de TA-ph respecto otras taquicardias auriculares. La ablación con radiofrecuencia de las TA-ph desde el SNC parece efectiva y segura.