

6018-8. ABLACIÓN DE TAQUICARDIA INTRANODULAR GUIADA POR MAPA DE VOLTAJE

Sofía Calero Núñez, Víctor Manuel Hidalgo Olivares, Alicia Prieto Lobato, Marta Cubells Pastor, Nuria Vallejo Calcerrada, Sara Díaz Lancha, Laura Expósito Calamardo, Cristina Ramírez Guijarro, José Manuel Barrajon Bravo, Javier Cano Garrigos, Miguel José Corbi Pascual, Soledad Gil Gómez, Cristina Alcahud Cortés y José Enero Navajo

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación es el tratamiento de elección de la taquicardia intranodular (TRIN), sin embargo, la técnica convencional tiene limitaciones por las variaciones anatómicas de los pacientes. Recientemente se ha descrito una nueva técnica que mediante mapeo electroanatómico del triángulo de Koch permite identificar «áreas puente de bajo voltaje (PBV)» que corresponderían a la posición anatómica de la vía lenta (fig. A). Nuestro objetivo es analizar si esta técnica es tan eficaz como la convencional. Como objetivos secundarios analizamos otros parámetros del procedimiento como la duración, el tiempo de fluoroscopia y las complicaciones.

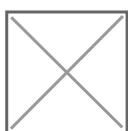
Métodos: Estudio prospectivo en el que incluimos a los pacientes (p) sometidos a ablación con radiofrecuencia de TRIN entre enero 2019 y abril 2021, divididos en dos grupos en función de si la ablación se realizó guiada por mapa de voltaje (AGV, 32p) o con la técnica convencional guiada por anatomía (40p).

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes (33,3% varones; $54,2 \pm 15,5$ años). Solo 6 (8,3%) tenían cardiopatía estructural, 5 cardiopatía isquémica y uno valvular. En el 86,1% se indujo TRIN durante el estudio electrofisiológico (EFF). En 2p se indujo TRIN atípica y en uno TRIN de ambos tipos. No hubo diferencias en las características demográficas (tabla). En todos los pacientes sometidos a AGV se identificó un área PBV (voltaje medio $0,48 \pm 0,29$ mV). El éxito agudo de la ablación fue del 100%. No hubo complicaciones. Durante un seguimiento medio de $12,5 \pm 31,8$ meses hubo 6 recurrencias (8,5%) sin existir diferencias entre los dos grupos (fig.). En los pacientes sometidos a AGV el número de aplicaciones hasta la exitosa fue menor ($3,8 \pm 2,8$ vs $6,2 \pm 4,1$; $p = 0,009$), también fue menor el tiempo de fluoroscopia ($1,9 \pm 3,3$ vs $7,9 \pm 4,6$; $p = 0,004$). En un análisis multivariado que incluyó la técnica de ablación, las aplicaciones hasta la exitosa, el voltaje del PBV y la persistencia de doble vía nodular, no se encontró ningún factor asociado a recurrencia.

Características basales y del procedimiento.

	Ablación convencional (40)	Ablación guiada por voltaje (32)	p
Edad	$55,4 \pm 15,3$	$52,7 \pm 6$	0,75

Varones	32,5% (13)	34,4% (11)	0,87
HTA	35% (14)	32,3% (10)	0,81
IMC	26,7 ± 4,4	27,4 ± 6	0,61
Cardiopatía estructural	10% (4)	6,3% (2)	0,69
Tiempo evolución síntomas	29,6 ± 29,1	59,7 ± 105	0,05
Tratamiento farmacológico previo	55% (22)	75% (24)	0,08
Inducción de TRNAV	85% (34)	87,5% (28)	0,76
	Típica 100% (36)	Típica 90% (27)	
Tipo de TRNAV	Atípica 0	Atípica 6,7% (2)	
	Ambas 0	Ambas 3,3% (1)	
Nº de aplicaciones hasta la exitosa	6,2 ± 4,1	3,8 ± 2,8	0,009
Duración del procedimiento (min)	107,1 ± 1,5	99,4 ± 35,8	0,14
Tiempo de escopia (min)	7,9 ± 4,6	1,9 ± 3,3	0,001
Persistencia de doble vía nodular	60% (24)	43,8% (14)	0,17



Conclusiones: La técnica de ablación de TRIN guiada por voltaje es tan eficaz y segura como la técnica convencional y permite disminuir el número de aplicaciones y los tiempos de fluoroscopia. Son necesarios más estudios pues esta técnica podría tener especial interés en casos anatómicamente complejos en que no se logra el éxito con la técnica convencional, o tras una recurrencia.