



6018-12. ABLACIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR MEDIANTE PERFORACIÓN CORONARIA VENOSA E INSUFLACIÓN DE DIÓXIDO DE CARBONO: PRIMERA EXPERIENCIA EN ESPAÑA

Sebastián Giacomani¹, José Miguel Lozano¹, Daniel Castro¹, María Algarra¹, Ana Delia Ruiz¹, Alejandro Cortés² y Justo Juliá³

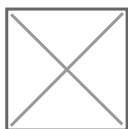
¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ³Sussex Cardiac Centre, Brighton, Brighton and Hove (Reino Unido).

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación por catéter de sustrato endocárdico es una terapia eficaz para las taquicardias ventriculares (TV), sin embargo, no es infrecuente la recurrencia de la TV debida a una ablación incompleta del sustrato. Por esta razón, se hace necesario un abordaje epicárdico en determinadas ocasiones.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 56 años, miocardiopatía dilatada por mutación del gen LMNA (Arg72Cys) en la que se realizó ablación de TV por abordaje endocárdico y epicárdico, este último facilitado por perforación coronaria venosa e insuflación de dióxido de carbono (CO₂). Primero, se avanzó un catéter de ablación a la aurícula derecha a través de una vaina deflectable. El catéter de ablación se utilizó para canular el seno coronario y avanzar la vaina. Tras retirar el catéter de ablación se realizó una venografía con vistas a elegir la vena óptima para perforar (fig. A) y con un catéter terapéutico JR4 5F a modo de subselector, se avanzó una guía de angioplastia hasta el extremo distal de la vena, para luego progresar un microcatéter (fig. B). Una vez ganada la posición, se intercambió a una guía de alto gramaje para perforar la vena coronaria y pasar la guía al pericardio. Seguidamente se avanzó el microcatéter hasta el espacio pericárdico, comprobando su correcta ubicación a través de la inyección de contraste (fig. C); se insuflaron 100 ml de CO₂, creando una cámara anterior para facilitar la punción subxifoidea, la que se realizó con aguja epidural 18G/15 cm (fig. D). Para evitar la pérdida de CO₂ a través del lumen de la aguja, introducimos en esta una guía de 0,032 in antes de realizar la punción. Una vez avanzada la guía al espacio pericárdico, se introdujo un introductor de 5F, realizando aspiración del CO₂ y descartando la presencia de hemorragia. Finalmente se realizó el intercambio por una vaina deflectable epicardica completando el abordaje (fig. E, F).

Resultados: En este caso el procedimiento fue exitoso y sin complicaciones.



Acceso epicárdico mediante perforación coronaria venosa e insuflación de dióxido de carbono.

Conclusiones: La punción del espacio pericárdico, un espacio virtual, es una técnica con complicaciones potencialmente letales. La técnica de insuflación de CO₂ en el espacio pericárdico puede ser muy útil para facilitar la punción y disminuir complicaciones. Se trataría del primer caso de esta técnica en España.