



7. CARACTERIZACIÓN DE LA VÍA DE CONDUCCIÓN LENTA NODULAR MEDIANTE ÁREAS DE ACTIVACIÓN TARDÍA Y BAJA FRECUENCIA EN PACIENTES CON TAQUICARDIA REENTRANTE INTRANODULAR

José Luis Merino¹, Steven Kim², Juan José de la Vieja Alarcón², Leonardo Guido¹, Margarita San Roman², Daniel Merino¹, Marcel Martínez Cossiani¹, María Eugenia Martínez Maldonado¹, Sergio Castrejón Castrejón¹, Miguel Jáuregui Abularach¹, Eduardo Franco³, Cristina Lozano Granero³ y Javier Moreno³

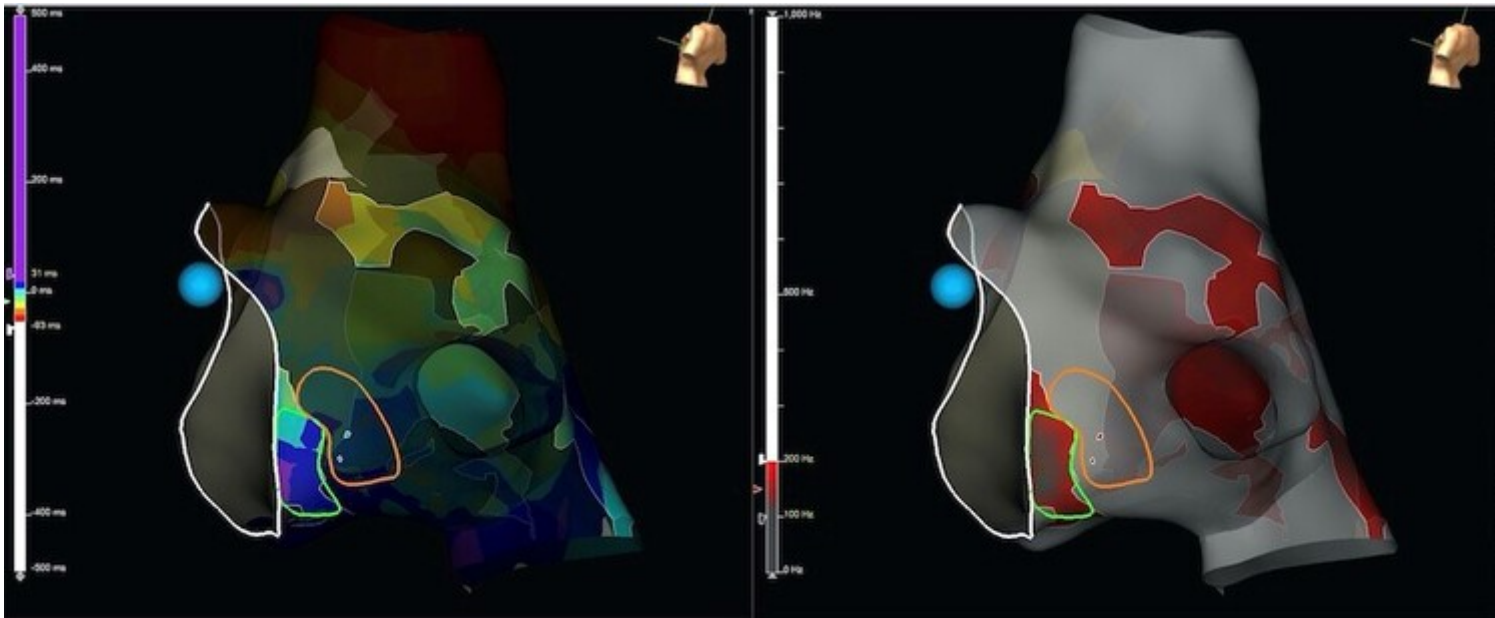
¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Abbott, Nueva York, New York, Estados Unidos y ³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La vía lenta nodular (VLN) es el objetivo actual de ablación en pacientes con taquicardias por reentrada intranodular (TRIN). La identificación de esta vía frente a la vía de conducción rápida es importante para evitar la prolongación o el bloqueo de la conducción AV nodular. La conducción lenta se ha asociado a electrogramas (Eg) de baja frecuencia (LF) en algunos modelos experimentales. Sin embargo, esto nunca se ha evaluado clínicamente. El objetivo de este trabajo fue evaluar si los puntos de ablación/modulación de la VLN se pueden identificar con mapas de frecuencias.

Métodos: Se incluyeron a pacientes consecutivos con TRIN tipo común. Se generaron mapas de voltaje y activación bipolares mediante un catéter de punta de 4 mm. Los mapas de frecuencia pico (PF) se computaron de forma online antes de hacer la ablación y se mostraron en el mapa de activación como áreas sombreadas donde la PF 200 Hz (figura, panel izquierdo). Se realizó aplicación focal de RF (RFa) sobre estas áreas de activación tardía (figura, panel izquierdo) y baja frecuencia (figura, panel derecho) (LA-LF). La VLN se considera ablacionada/modulada si se registró ritmo de la unión durante la RFa y la TRIN dejó de ser inducible.

Resultados: Se incluyeron a 20 pacientes en el estudio (48 ± 15 años, 15 mujeres). Se encontró un área de LA-LF de $0,92 \pm 0,48$ cm² en 18 de ellos. La PF mediana de esta área fue de $175,5 \pm 37,1$ Hz (análisis por paciente) y $170,1 \pm 48,10$ Hz (análisis por sitio) que fue significativamente más baja que la PF en las áreas auriculares adyacentes ($279,71 \pm 28,11$ Hz por paciente, $279,91 \pm 69,47$ Hz por sitio de registro) (p 0,0001). La RFa en los puntos de LA-LF indujo ritmo de la unión en 17 pacientes. La TRIN dejó de ser inducible tras esto en 17 pacientes. Se administraron RFa adicionales para reforzar el resultado (11 ± 9 RFa, $4,03 \pm 3,35$ min de RF).



Conclusiones: La VLN suele encontrarse en áreas de activación tardía y baja frecuencia.