



8. EVALUACIÓN DE LA MIGRACIÓN DEL PUNTO DE *EXIT* ENDOCÁRDICO DEL NODO SINUSAL TRAS ABLACIÓN DE PLEXOS GANGLIONARES

Carlos Minguito Carazo¹, Moisés Rodríguez Mañero¹, José Luis Martínez Sande¹, Francisco Javier García Seara¹, Xesús Alberte Fernández López¹, Laila González Melchor¹, Jesús Martínón Martínez¹, Federico García-Rodeja Arias¹, Víctor Jiménez Ramos¹, Teba González Ferrero¹, Juliana Elices Teja², Enrique Sánchez Muñoz³, Carlos González Juanatey², Jesús Daniel Martínez Alday⁴ y José Ramón González Juanatey¹

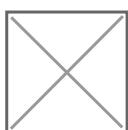
¹Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela IDIS, Centro Singular de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas CIMUS, y CIBERCV, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ²Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, ³Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de León, León, España y ⁴Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación endocárdica de plexos ganglionares (PG) o cardioneuroablación (CNA) es una técnica emergente en el tratamiento de algunas bradiarritmias. Sin embargo, existe heterogeneidad en los diferentes objetivos del estudio a la hora de evaluar la denervación. Recientemente se ha descrito en casos clínicos aislados la migración del nodo sinusal (NS) tras la CNA. Potencialmente al disminuir el tono parasimpático el NS debería migrar a una zona más craneal y anterior. El objetivo de este estudio fue evaluar la migración del (NS) en nuestra cohorte.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico que incluyó a pacientes a los que se realizó CNA en nuestro centro (grupo 1). Se realizó mapa de activación de alta densidad de la aurícula derecha pre y post procedimiento y se describió la migración del NS tras el procedimiento en mm. Se correlacionó este desplazamiento con el aumento de FC y la variación a la atropina. Se comparó este desplazamiento con dos grupos control, uno en pacientes con ablación de fibrilación auricular (grupo 2) y otro en pacientes con ablación de taquicardia supraventricular (grupo 3).

Resultados: Se incluyeron un total de 30 pacientes (grupo 1: n = 13 (43,3%), grupo 2: n = 9 (30%), grupo 3: n = 8 (26,7%)). Dentro del grupo 1 (CNA) se objetivó desplazamiento craneal en el 92,3% y desplazamiento anterior en el 92,3%. El desplazamiento medio total fue de 11,9 mm (8,5-16), con un desplazamiento craneal medio de 5,6 mm (2,9-13,3) y un desplazamiento anterior medio de 3 mm (2-8,2 mm). No hubo diferencias significativas en el desplazamiento total del NS frente al grupo 2 (FA) (11,9 mm (8,5-16) vs 13,8 (10,1-14,3; p = 0,664) pero si frente al grupo 3 (TSV) (11,9 mm (8,5-16) vs 5,7 (3,9-9,7); p = 0,025) (figura).



Ejemplo de dos desplazamientos del NS en casos de CNA.

Conclusiones: Tras el procedimiento de CNA, en nuestra cohorte se objetivó una migración del *exit* del NS tanto en dirección craneal como anterior que podría estar explicada por una disminución del tono

parasimpático. Esta migración fue similar en el grupo con FA probablemente debida a la denervación que ocurre tras realizar ablación antral de venas pulmonares. Sin embargo, este efecto no se objetivó en el grupo 3 (TSV) en el que potencialmente no se afectan los PG.