



6003-57. VALIDACIÓN DE LOS PARÁMETROS DEL ELECTROGRAMA AURICULAR LOCAL EN ABLACIÓN CON RF DE TAQUICARDIA INTRANODAL

Francisco Díaz Cortegana, Yolanda Abreu Hernández, Juan José González Ferrer, Nicasio Pérez Castellano, Julián Pérez-Villacastín, David Filgueiras-Rama, Victoria Cañadas Godoy y Carlos Macaya Miguel del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: En la ablación de taquicardia intranodal (TIN) se realiza preferentemente abordaje con RF de vía aferente lenta al nodo compacto a nivel de la zona medioseptal del triángulo de Koch; como referente electrocardiográfico se ha determinado clásicamente la relación auriculograma/ventriculograma (A/V) local así como la existencia de electrogramas sugestivos descritos por Jackman y Haissaguerre.

Objetivos: Nuestro objetivo fue la catalogación del auriculograma local de las aplicaciones con RF durante la ablación de TIN en los casos realizados en nuestro centro.

Métodos: Realizamos el análisis de los electrogramas auriculares locales en las posiciones de ablación adecuada (identificadas por existencia de ritmos nodales) de los procedimientos realizados en nuestro centro en el año 2011, a través de análisis de los estudios electrofisiológicos almacenados en sistema de registro de señales (polígrafo) de aquellos pacientes en los que se inducía taquicardia y además se registraba electrograma de His simultáneamente durante la ablación.

Resultados: Se realizaron 62 ablaciones con RF de TIN, de las cuales 31 presentaban acceso al registro, inducción y electrograma en posición de His simultáneo. Los parámetros basales y del estudio se catalogan en la tabla 1. El éxito inicial del procedimiento se diagnosticó mediante ausencia de inducción de taquicardia. Se analizaron las aplicaciones que presentaron latidos nodales, siendo dudosos en 4 ptes; las mediciones del auriculograma local y relación con el electrograma de His y relación A/V se observan en la tabla. Se catalogó a los pacientes según el tipo de ritmos nodales en 3 grupos (tabla). No se objetivaron diferencias entre grupos; aunque sí una tendencia a menor tasa de nodales bloqueados en el grupo de intermedios y lentos respecto al de rápidos identificando la relación A/V como probable predictor aunque sin significación estadística (p 0,051). La tasa de complicaciones fue baja. Ningún paciente precisó implante de marcapaso.

	Total (N 31)	Grupo Nodales rápidos (n 14)	Grupo Nodales intermedios (n 10)	Grupo Nodales lentos (n 3)	p
Edad	53,25 años(± 18,73)	51,08 (34,43-67,73)	53,78 (30,78-76,78)	40,33 (37,44-43,32)	ns

AH	82,26 ms($\pm$ 17,65)	76,76 (60,84-92,74)	90 ($\pm$ 22,15)	90 (84-96)	ns
HV	42,71 ms($\pm$ 6,57)	44,07 (38,64-49,5)	38,70 ($\pm$ 6,86)	42 (38,54-45,46)	ns
Doble fisiología retro	5p (16,1%)	1 (7,1%)	4 (40%)	0	ns
Inducción ecos nodales	17 p (54,8%)	10 (71,4%)	5 (50%)	0	ns
Isoproterenol	15 p (48,4%)	6 (42,9%)	60 (60%)	2 (66,7%)	ns
TCL	344,77 ms ($\pm$ 52,64)	329,79 (300,82-358,76)	337,90 (54,73)	367 (73,12)	ns
Acoplamiento (Media)	496,11 ms($\pm$ 145,40)	385,57 (53,34)	560,80 ($\pm$ 54,64)	796,33 ($\pm$ 35,64)	ns
Éxito del procedimiento	29 (93,5%)	14 (100%)	80 (80%)	3 (100%)	0,119
Distancia EGM local auricular a EGM auricular His	15 ms (-12-29)	21,71 ($\pm$ 12,11)	26,20 ($\pm$ 15,57)	34 ($\pm$ 14,73)	ns
Anchura EGM local	37,55 ms (2,26)	34,86 (12,56)	44,80 ($\pm$ 10,47)	29,67 ($\pm$ 11,72)	ns
Relación AV	1/20 (1/8-1/33)	1/40 ($\pm$ 1/30)	1/19,50 ($\pm$ 1/17,70)	1/10 (1/5,55-1/9,71)	ns
Tiempo medio por aplicación	24 ($\pm$ 2,7)	17 ($\pm$ 9)	25 (18,75-30)	40	ns
AH post (me)	Media 80,69 ($\pm$ 3,34)	74,50(64-92,25)	81 (73,25-103,75)	90 (65-)	ns
HV post (me)	Media 43,11 ($\pm$ 1,41)	43 (40-48)	43 (37-46,75)	37 (28-)	ns
Menos de 2 ecos posablación	28 (90,4%)	13 (92,9%)	9 (90%)		ns

No inducción ecos	18 (58,1%)	8 (57,1%)	6 (60%)	3 (100%)	ns
Nodales bloqueados	9 (29%)	7 (50%)	1 (10%)	1 (33,3%)	0,098

Conclusiones: Siendo conscientes de las limitaciones de nuestro estudio, concluimos que el abordaje de la vía lenta nodal con los parámetros electrocardiográficos *gold-standard* es una técnica efectiva y segura; la identificación de electrograma auricular ancho junto con relación A/V bajas se valida en la serie nuestro registro y experiencia clínica.