



4000-4. BLOQUEO UNIDIRECCIONAL DE VENAS TORÁCICAS DURANTE LA ABLACIÓN DE FA: ¿ESPECULACIÓN TEÓRICA O REALIDAD CLÍNICA?

David Doiny, José Luis Merino-Llorens, Sergio Castrejón-Castrejón, Alejandro Estrada, Jorge Figueroa, David Filgueiras-Rama, Federico Gutiérrez-Larraya y José Luis López-Sendón de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El objetivo principal de la ablación de la fibrilación auricular (FA) es la desconexión eléctrica de las venas torácicas y que los fenómenos eléctricos de éstas no se conduzcan a las aurículas. El bloqueo de la conducción atrio-venosa (CAV) suele ser utilizado como un marcador de desconexión eléctrica, asumiendo que implica el bloqueo bidireccional (BB). La información sobre la persistencia de conducción veno-atrial (CVA) tras abolir la CAV es limitada, nunca se ha descrito en la vena cava superior (VCS) e incluso se ha cuestionado en las venas pulmonares (VP) por algunos investigadores.

Métodos: Se evaluó de forma retrospectiva en 62 pacientes consecutivos sometidos a ablación de FA (paroxística 48, persistente 14) la presencia de CVA y BB de una vena torácica (VP o VCS) tras haber logrado el bloqueo de la CAV mediante aplicación de radiofrecuencia en su ostium. En todos los pacientes se utilizó un catéter para el seno coronario, uno circular de 24 polos para cartografía de activación y estimulación de las venas torácicas y uno de ablación de punta irrigada. En todos los pacientes se trató de ablacionar la CAV de todas las VP excepto cuando no presentaban actividad eléctrica o que sólo una de ellas se considerara responsable de la FA. En los pacientes con FA persistente y en aquéllos con recurrencia de FA paroxística se aisló, además, la VCS. La evaluación de la CVA se realizó mediante estimulación con voltaje decreciente desde 25 mV hasta 1 mV. Sólo se consideró como CVA unidireccional con bloqueo de la CAV cuando se objetivó captura local venosa, demostrada por la presencia de un electrograma venoso que desaparecía bruscamente al disminuir el voltaje de estimulación y con persistencia del bloqueo de la CAV mayor a 5 minutos.

Resultados: Se demostró CVA coexistente con bloqueo de la CAV en 3 pacientes (4,8%) de 42, 56 y 76 años (2 varones). La vena implicada en ellos fue: un tronco pulmonar izquierdo, la VP superior izquierda y la VCS. La CVA fue finalmente ablacionada, lográndose el BB en los 3 pacientes con nuevas aplicaciones de RF durante estimulación venosa.

Conclusiones: La presencia de CVA sin CAV tras la aplicación de RF no se debe considerar una mera especulación teórica y podría explicar el fracaso de la ablación de FA en algunos pacientes. Su frecuencia real podría estar infraestimada y debería ser evaluada sistemáticamente.

4000-4.tif

Bloqueo unidireccional durante el aislamiento de VCS.