



4002-6. EL RIESGO DE INDUCIR BLOQUEO DE RAMA DURANTE LA ABLACIÓN DE TAQUICARDIAS IDIOPÁTICAS DEL TRACTO DE SALIDA DE VENTRÍCULO DERECHO: DETERMINANTES ANATÓMICOS

Margarita Murillo Haba, José Ángel Cabrera Rodríguez, Gonzalo Pizarro Sánchez, Eva González Caballero, Beatriz Fuertes Suárez, Silvia Bayona Horta, Ana Pastor Planas y Damián Sánchez-Quintana del Departamento de Anatomía y Biología Celular, Badajoz y Hospital Universitario Quirón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El daño térmico de la rama derecha del haz de His (RDHH) durante la ablación endocárdica con catéter es un hecho conocido. La relación anatómica e histológica entre el miocardio/endocardio del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) y la RDHH no se ha estudiado de forma sistemática por sus implicaciones durante la ablación de taquicardias ventriculares idiopáticas en esta región del ventrículo derecho.

Métodos: Examinamos 50 corazones de adultos humanos post-mortem (27 varones, 56 ± 8 años) sin cardiopatía estructural. Mediante técnicas de disección y múltiples secciones histológicas analizamos la localización del músculo papilar septal en el TSVD y su relación anatómica con la RDHH.

Resultados: El músculo papilar septal se relaciona con los componentes de entrada y salida del VD, con la cresta supraventricular y con las ramas anterior y posterior de la trabécula septomarginal (TSM). En el 20% de los corazones el músculo papilar septal se ha observado superior a la cresta supraventricular, formando parte del TSVD, denominándose entonces músculo papilar del cono (MPC). En el resto de los casos se sitúa inferior a la cresta supraventricular o a nivel de la inserción del extremo interno de la cresta supraventricular en el septum interventricular (33% de los casos). Nuestros hallazgos revelan una proximidad anatómica de la rama derecha del Haz de His con el músculo papilar septal. Adicionalmente, la RDHH se ha encontrado en el 10% de los corazones en relación con la base de inserción del MPC, situándose dentro de los límites del TSVD a una distancia menor de 3 mm del endocardio del lado derecho del septum interventricular.

Conclusiones: La RDHH puede situarse muy próxima a la base de inserción del MPC. Por tanto, el MPC puede ser un punto de referencia para evitar la lesión de la RDHH durante la ablación de taquicardias idiopáticas del TSVD.