



6018-5. LA ABLACIÓN EMPÍRICA DE VÍA LENTA EN PACIENTES CON TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA SOSPECHADA PERO NO DOCUMENTADA NI INDUCIBLE ES EFICAZ EN LA REDUCCIÓN DE RECIDIVAS

Javier Ramos Jiménez¹, Álvaro Marco del Castillo¹, Vanesa Cristina Lozano Granero², Carla Lázaro Rivera³, Pablo Ramos Fernández⁴, Paolo Domenico Dallaglio⁵, Clara Gunturiz Beltrán⁶, Pau Alonso Fernández⁷, Diego Jiménez Sánchez⁸, Sofía Calero Núñez⁹, María López Gil¹, Rafael Salguero Bodes¹, Fernando Arribas Ynsaurriaga¹ y Daniel Rodríguez Muñoz¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³Hospital Torrejón, Madrid. ⁴Hospital General Universitario de Alicante. ⁵Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁶Hospital General de Castellón. ⁷Hospital de Manises, Valencia. ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación con catéter se recomienda como tratamiento de primera línea en pacientes con taquicardias por reentrada intranodular (TRIN). Sin embargo, la mejor modalidad terapéutica en pacientes con fisiología dual del nódulo AV, pero con taquicardias no inducibles en el estudio electrofisiológico (EEF) sigue siendo controvertida, especialmente cuando no se han documentado taquicardias. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de la ablación empírica de la vía lenta en pacientes que presentan doble fisiología nodular pero TRIN no inducible.

Métodos: Registro observacional, retrospectivo y multicéntrico de pacientes consecutivos sometidos a EEF por sospecha clínica de taquicardias supraventriculares paroxísticas (TSVP), pero sin documentación ECG previa. Se recogieron y analizaron datos clínicos, del EEF y la ablación.

Resultados: Se incluyeron, entre 14 centros participantes, 472 pacientes con una edad media de 46,4 años ($\pm 16,0$), el 68,6% de ellos mujeres. Se indujo TRIN en 199 pacientes (42,3%), mientras que doble fisiología nodular, con o sin ecos, fue observada en 80 (16,9%) de la muestra. La Tabla 1 muestra la comparación univariable entre ambos grupos. Tras el análisis multivariante, una menor duración de los episodios, un menor cese con maniobras vagales y un mayor uso de isoproterenol en el EEF se relacionaron con la presencia de doble fisiología nodular. La ablación de vía lenta fue significativamente menor en sujetos con doble fisiología (fig.), mientras que la tasa de recidivas fue claramente superior (13,7 vs 27,5%; $p = 0,001$). No obstante, esta diferencia en el riesgo de recidivas fue inexistente al comparar sujetos con ablación empírica de vía lenta (13,7 vs 16,6%; $p = 0,65$).

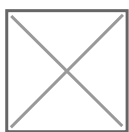
Comparativa entre sujetos con doble fisiología nodular vs TRIN.

Doble fisiología nodular (n = 80)

TRIN (n = 199)

Valor p

Edad	43,4 ± 1,6	48,5 ± 1,2	0,01
Sexo femenino	68,8%	71,6%	0,64
Tratamiento frenador	28,8%	30,6%	0,76
Tratamiento antiarrítmico	3,9%	5,6%	0,55
Inicio brusco	89,6%	84,4%	0,42
Fin brusco	76,6%	74,5%	0,88
Fin maniobras	21,2%	37,9%	0,02
Duración media	12,9 ± 2,1	18,8 ± 1,7	0,04
Uso de isoproterenol	90,0%	70,6%	0,01



Tasa de ablación según resultado de EEF.

Conclusiones: En pacientes con alta sospecha clínica de TSVP, pero arritmias no documentadas y no inducibles, la presencia de doble fisiología nodular hace que la TRIN sea un mecanismo probable de la taquicardia clínica. La ablación con catéter de vía lenta reduce el riesgo de recurrencia a un nivel equivalente a aquellos con TRIN inducible y ablacionada.