

Imágenes en cardiología

Ablación bipolar entre las cúspides de las válvulas aórtica y pulmonar

Bipolar Ablation Delivered Between the Pulmonary and Aortic Valve Cusps

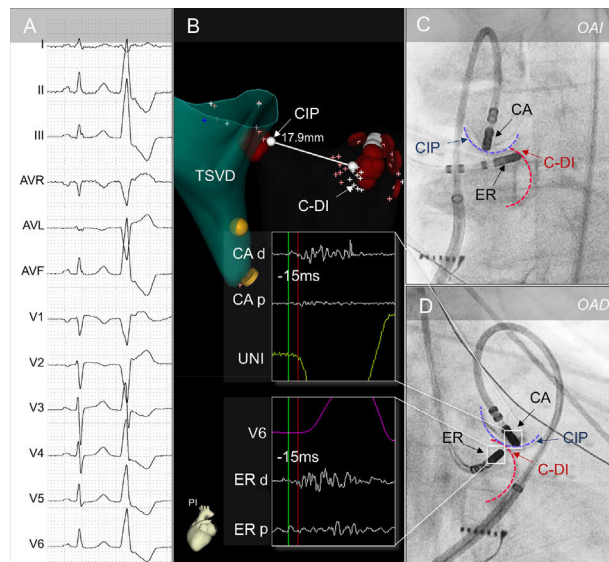
Piotr Futyma^{a,*} y Piotr Kułakowski^{a,b}^a Invasive Cardiology Department, St. Joseph's Heart Center, Rzeszów, Polonia^b Department of Cardiology, Postgraduate Medical School, Grochowski Hospital, Warsaw, Polonia

Figura 1.

Tras el fracaso terapéutico de los fármacos antiarrítmicos de clases I, II y III y 2 intentos fallidos de ablación percutánea de extrasístoles ventriculares (ESV) del tracto de salida (TS) frecuentes (37.000/d) y sintomáticas (figura 1A), se remitió a nuestro centro a una mujer de 66 años para una tercera intervención. El mapeo realizado con un catéter de ablación (CA) de 3,5 mm (Thermocool NAV, Biosense Webster) mostró que la activación más temprana de ESV se producía en la cúspide izquierda de la válvula pulmonar (CIP) y en la comisura de las cúspides coronarias izquierda y derecha (C-DI) (figura 1B). Una ablación convencional amplia, realizada dentro de las cúspides de las válvulas pulmonar y aórtica y en el TS de los ventrículos izquierdo y derecho (VD) volvió a resultar infructuosa. Las ESV solo se inhibían durante aplicaciones prolongadas y reaparecían inmediatamente. En consecuencia, se optó por pasar a una ablación bipolar. Se introdujo el CA hasta la CIP y se confirmó su ubicación mediante la inyección de contraste a través del CA (figura 1C-D; vídeo del material adicional; OAI: oblicua anterior izquierda; OAD: oblicua anterior derecha). Se introdujo un catéter de 8 mm (AICath Gold, Biotronik) hasta la C-DI y se conectó a través de un conmutador a un generador de radiofrecuencia, en vez de un parche de dispersión, para usar este catéter como electrodo de retorno (ER). Con 2 aplicaciones bipolares (31 W, irrigación del CA de 30 ml/min, temperatura máxima del ER de 39 °C y tiempo de radiofrecuencia total de 199 s) se eliminaron de inmediato las ESV, que no reaparecieron durante el seguimiento.

Recientemente se ha planteado que se puede tratar las ESV mediante ablación en el TS. La proximidad de las cúspides de las válvulas pulmonar y aórtica hace que sea posible aplicar con éxito una ablación bipolar entre ellas. Esta estrategia puede ser eficaz cuando hayan fracasado los abordajes convencionales. Es imprescindible ajustar la potencia con moderación e introducir un catéter en forma de U en la CIP de manera retrógrada para evitar lesiones en las arterias coronarias próximas.

MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.08.021>.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: piotr.futyma@gmail.com (P. Futyma).