

Imagen en cardiología

Ablación de la vía accesoria en la vena cava superior izquierda persistente

Accessory pathway ablation in persistent left superior vena cava

Finn Åkerström^{a,b,*} y Astrid Paul-Nordin^{a,b}^a Department of Cardiology, Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suecia^b Heart and Lung Diseases Unit, Department of Medicine, Huddinge, Karolinska Institute, Estocolmo, Suecia

Recibido el 4 de noviembre de 2024; Aceptado el 10 de diciembre de 2024

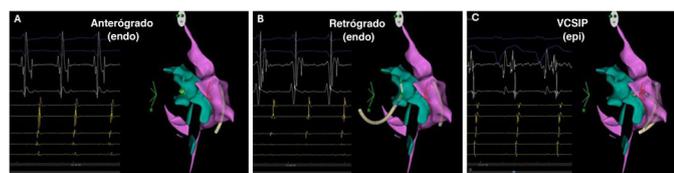


Figura 1.

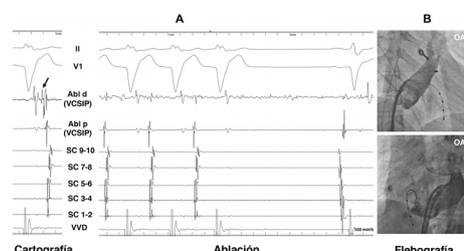


Figura 2.

A un varón de 37 años con antecedentes de fracaso de la ablación por taquicardia ortodrómica con origen en una vía accesoria (VA) oculta se le programó un estudio electrofisiológico. Durante el estudio inicial, se identificó por casualidad una vena cava superior izquierda persistente (VCSIP). La VA se esbozó durante la taquicardia en el anillo mitral (AM) posterosuperior, pero la ablación volvió a fracasar a pesar de numerosos intentos anterógrados y retrógrados (figura 1A,B).

A continuación, se introdujo el catéter de ablación en la VCSIP y se cartografió hasta una posición directamente opuesta al mejor sitio endocárdico (figura 1C), con un intervalo ventriculoauricular local comparable, aunque con un posible potencial del haz de Kent visible (figura 2A, flecha; Abl: catéter de ablación; OAD: oblicua anterior derecha; OAI: oblicua anterior izquierda; SC: seno coronario; VVD: vértice del catéter de ablación en la VCSIP en el AM posterosuperior (figura 2B).

La VCSIP es un vestigio de la vena cardinal izquierda y es la anomalía venosa torácica más frecuente. Se planteó la hipótesis de que el éxito de la ablación epicárdica de la VA se vio facilitada por la existencia de la VCSIP, que permitió el acceso al AM. Esto permitió la ablación a una profundidad en que las VA izquierdas atraviesan los acúmulos de grasa epicárdica, es decir, la ablación no se realizó en las inserciones auricular o ventricular de la VA, sino más bien en la superficie epicárdica del AM, y la VCSIP actuó como un sitio con una posición ventajosa para la ablación.

Otra posibilidad es que la propia VCSIP albergara tractos musculares de la VA, que se observan comúnmente en VA inferiores e inferoparaseptales. Aunque la indicación del procedimiento se estableció con determinación, la ablación en el SC/VCSIP eleva el riesgo de lesión y perforación de las arterias coronarias. Por tanto, en estos casos se recomienda el apoyo del cardiólogo intervencionista.

FINANCIACIÓN

No se ha recibido ninguna financiación relevante para este trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado y se archivó para la publicación del caso. Se han tenido en cuenta las posibles variables de sexo y género, según las directrices de SAGER.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se utilizó ninguna herramienta de inteligencia artificial en la preparación de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

F. Åkerström redactó el texto del artículo. F. Åkerström y A. Paul-Nordin elaboraron las imágenes del manuscrito y lo revisaron críticamente y lo aprobaron.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: finn.akerstrom@regionstockholm.se (F. Åkerström).

✉ @finnakerstrom

On-line el 25 de enero de 2025

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.12.006>

0300-8932/© 2024 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).