

Acceso transeptal a la aurícula izquierda desde la vena femoral izquierda

Sr. Editor:

El acceso transeptal (TS) a la aurícula izquierda (AI) se realiza normalmente mediante un abordaje por

la vena femoral derecha¹. Ocasionalmente se han publicado otros abordajes alternativos^{2,3}.

Mujer de 66 años de edad, enviada a nuestro centro para un estudio exhaustivo por taquicardia de QRS ancho. No presentaba angina ni insuficiencia cardíaca, aunque en la ecocardiografía se observó que la función sistólica del ventrículo izquierdo estaba severamente deprimida. Un Holter-ECG ambulatorio registró múltiples episodios de taquicardia sostenida con morfología de bloqueo de rama izquierda. El complejo QRS y los ejes eléctricos durante la taquicardia y durante el ritmo sinusal eran idénticos. La taquicardia no se resolvió con los fármacos disponibles.

La paciente fue sometida a un estudio electrofisiológico y se le diagnosticó taquicardia auricular izquierda. Se intentó una ablación, con un difícil paso de la aguja TS por la vena iliaca derecha y una compleja manipulación de los catéteres del sistema para la punción TS. El procedimiento se detuvo prematuramente debido a la punción inadvertida de la raíz aórtica, que no tuvo secuelas hemodinámicas. Se le dio el alta con taquicardia constante y una frecuencia ventricular controlada mediante fármacos.

Un mes después, la paciente acudió nuevamente al servicio debido a un mal control de la frecuencia ventricular. Se emprendió un segundo procedimiento de ablación. Se utilizó un sistema EnSite NavX (San Jude Medical, St. Paul, Minnesota, Estados Unidos) para la cartografía electroanatómica. En esta ocasión, la aguja para cateterismo transeptal se detuvo al nivel de la vena iliaca derecha. Después de varios intentos infructuosos de superar el obstáculo de la vena iliaca, se retiró el introductor. En la pared de dicha vena se advirtieron varias protuberancias diminutas (fig. 1A y B). Una inyección de contraste mostró una vena iliaca derecha sin sinuosidades marcadas. Tras sustituir el conjunto

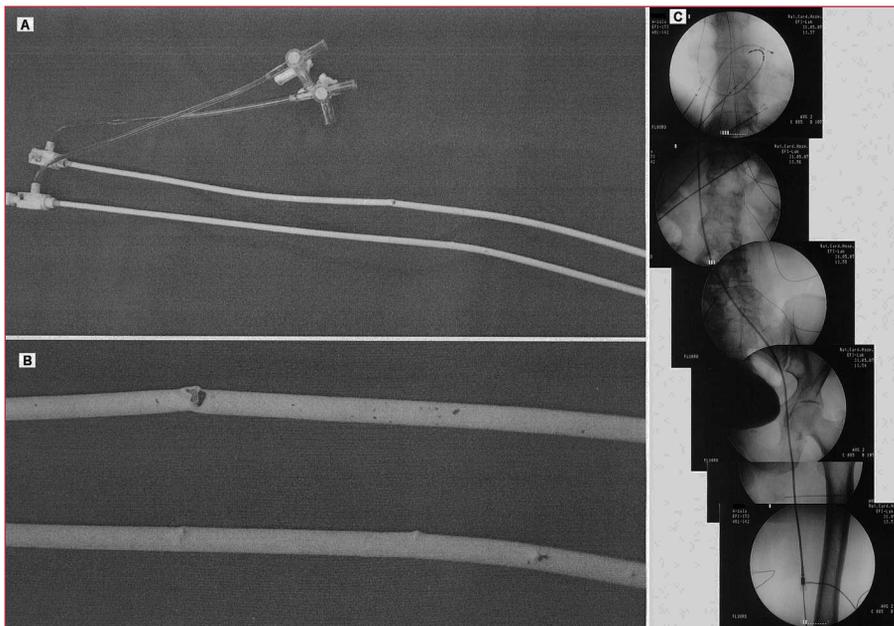


Fig. 1. A: vista general de los introductores transeptales dañados. B: vista detallada; la perforación es obviamente grande, aunque fluoroscópicamente sólo se vio el estilete de la aguja (diámetro < 0,5 mm) fuera del introductor. C: curso del catéter de ablación desde la vena femoral izquierda a la aurícula izquierda.

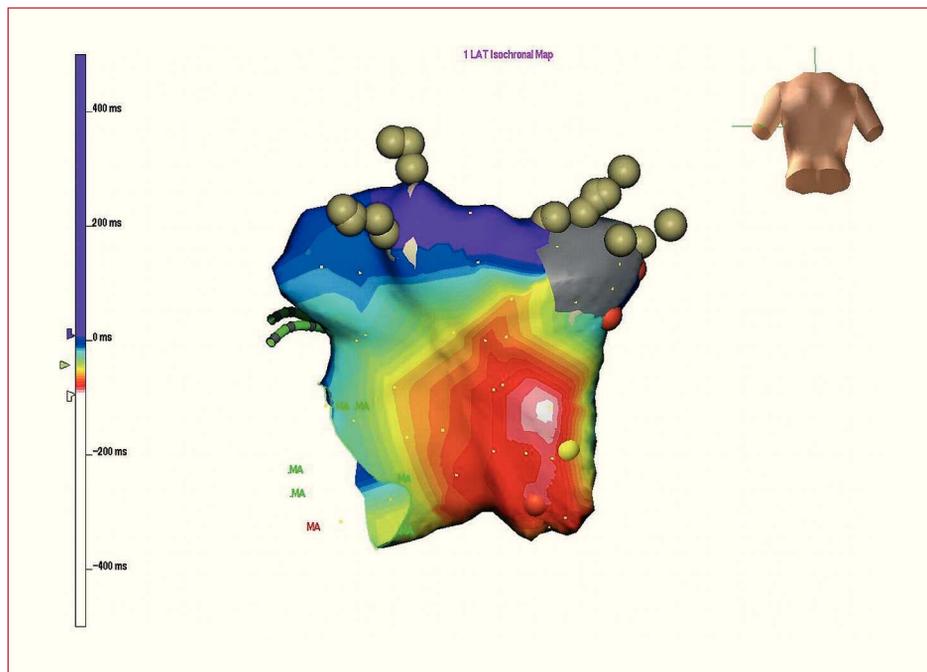


Fig. 2. Cartografía electroanatómica que muestra una imagen característica de taquicardia focal con propagación concéntrica de la activación eléctrica. El área de gris alrededor de las venas pulmonares derechas es un área sin actividad eléctrica, probablemente una cicatriz.

de cateterismo transeptal, de nuevo resultó imposible pasar más allá de la vena iliaca, y además se advirtió que el estilete de la aguja sobresalía por la vaina del introductor. Después de extraer el introductor, se observó un desgarro en la pared (fig. 1B). Una nueva inyección de contraste no mostró extravasación fuera de la vena y se decidió seguir adelante con el cateterismo. Una inyección de contraste en la vena femoral izquierda mostró una vena iliaca totalmente normal. Se insertó un nuevo conjunto TS en la vena femoral izquierda hasta llegar a la aurícula derecha. La posición de la punta de la aguja se comprobó mediante una inyección de contraste, que mostraba la forma característica en «tienda de campaña» de la fosa oval. Se realizó la punción TS con éxito y sin complicaciones (fig. 1C). La cartografía electroanatómica mostraba un foco en la pared posterior de la aurícula izquierda debajo del ostium de la vena pulmonar inferior derecha (fig. 2), y la ablación se realizó con éxito. No se observó hematoma retroperitoneal ni líquido libre intraperitoneal inmediatamente después del procedimiento ni al día siguiente, por lo que se dio el alta a la paciente. Tres meses después presentaba un ritmo sinusal sin necesidad de fármacos.

La punción TS presenta riesgos inequívocos aun en manos expertas. Los riesgos se reducen cuando el procedimiento se realiza mediante el protocolo adecuado, pero no pueden eliminarse⁴. Normalmente, sólo la vena femoral derecha se usa para la punción TS¹. En el caso presentado, no fue posible pasar más allá de la vena iliaca derecha con la aguja, y al final el introduc-

tor resultó perforado. Dado que ninguno de los fármacos disponibles era eficaz para esta paciente, persistimos en el intento de eliminar la taquicardia mediante ablación, y para ello utilizamos un acceso venoso inusual.

En conclusión, en pacientes con una anatomía de la vena iliaca derecha insuperable, es posible, como último recurso, utilizar la vena femoral izquierda como acceso TS.

Tchavdar N. Shalghanov^a, Vassil B. Traykov^b y Katia A. Aleksieva^a

^aDepartamento de Cardiología. Hospital Nacional del Corazón. Sofía. Bulgaria.

^bDepartamento de Electrofisiología Cardíaca. Hospital Nacional del Corazón. Sofía. Bulgaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baim DS. Percutaneous approach, including transeptal and apical puncture. En: Baim DS, Grossman W, editores. Cardiac catheterization, angiography, and intervention. 5.ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 57-82.
2. Patel TM, Dani SI, Rawal JR, Shah SC, Patel TK. Percutaneous transvenous mitral commissurotomy using Inoue balloon catheter: a left femoral vein approach. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1995;36:186-7.
3. Joseph G, Baruah DK, Kuruttukulam SV, Chandy ST, Krishnaswami S. Transjugular approach to transeptal balloon mitral valvuloplasty. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1997;42:219-26.
4. Roelke M, Smith AJ, Palacios IF. The technique and safety of transeptal left heart catheterization: the Massachusetts General Hospital experience with 1,279 procedures. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1994;32:332-9.