Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 585

Revista Española de Cardiología

6120-8. ABLACIÓN DE VÍAS ACCESORIAS ANTEROSEPTALES PERI HIS DESDE EL SENO AÓRTICO NO CORONARIO: TÉCNICA Y ELECTROGRAMAS

José Manuel Rubio Campal, Loreto Bravo Calero, Carla Lázaro Rivera, Francisco de Asís Díaz Cortegana, Cristina Aguilera Agudo, José María Romero Otero y José Tuñón Fernández

Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de vías accesorias anteroseptales perihisianas (VA AS-PH) es compleja y conlleva un alto riesgo de bloqueo AV (BAV). Una alternativa puede ser el mapeo y ablación de las mismas por vía retrógrada aórtica desde el seno de Valsalva aórtico no coronario (SNC)

Métodos: Analizamos de manera retrospectiva los casos de ablación de VA AS-PH desde el SNC aórtico (edad, sexo, periodo refractario efectivo anterógrado (PRe) de la VA, inducción de taquicardia, número de procedimientos, aplicaciones de éxito y técnica: radiofrecuencia (RF) o crioablación focal (CA), trastornos de conducción).

Resultados: Presentamos 8 casos (25 ± 5 años; 6 varones/2 mujeres) con síndrome de WPW por VA AS-PH, en los cuales el éxito final se consiguió desde el SNC aórtico. Ninguno tenía cardiopatía estructural. PRe 283 ± 17 ms. 7/8 tenían conducción retrógrada por la VA. Se indujo taquicardia en 6 casos por la VA y en 3 se documentó además fibrilación auricular preexcitada. Tres casos requirieron más de un procedimiento antes del éxito final. Se usó RF en 6 casos y CA en 2. En los 5 primeros casos se intentó ablación por lado derecho sin éxito/éxito temporal y en los 3 últimos se hizo el mapeo/ablación directamente desde aorta. En todos se hizo angiografía aortica para confirmar la localización en SNC. En todos se documentó potencial bipolar fragmentado tipo Kent predelta y QS unipolar ventricular y en 6/8 potencial de His en el punto de éxito. Con RF la W y Tª iniciales fueron 50W/45-50 ºC y en el punto de éxito 50 W/49 ± 2 ºC. En los casos con CA se consiguió abolir la preexcitación en -60º y -65º respectivamente. El tiempo de escopia medio fue de 20 ± 12 min. En ninguno se documentó trastorno de conducción AV en la fase aguda/siguientes 24 horas y cuatro pacientes mostraron bloqueo de rama derecha tras dejar de preexcitar. Tras un seguimiento medio de un año ninguno ha mostrado recurrencia de preexcitación y están asintomáticos.

A, B, C: Ejemplos de electrogramas locales bipolares (PE 2-1) y unipolares (PE1) en tres casos de ablación con éxito. En C, recurrencia de preexcitación tras dejar de aplicar RF. D: Angiografía de aorta en punto de éxito; E: Sitio de éxito.

Conclusiones: Una alternativa eficaz y segura para el abordaje de VA AS-PH es el mapeo y ablación desde el SNC aórtico, donde el hallazgo de potenciales bipolares fragmentados tipo Kent y QS ventricular unipolar

distal, aun con un His de baja amplitud, puede identificar la zona óptima de aplicación de energía.