Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 370

Revista Española de Cardiología

6001-474. PUNCIÓN TRANSEPTAL FACILITADA CON APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA

Jorge Figueroa, José Luis Merino, Alejandro Estrada, David Doiny, Sergio Castrejón-Castrejón, Marta Ortega, Ana Peinado y José Luis López-Sendón de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada del Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La punción transeptal (PTS) convencional ocasionalmente presenta dificultades para perforar el septo interauricular (SIA), especialmente si el paciente ha sido sometido a un procedimiento previo o presenta hipertrofia del SIA. Por lo cual, se han diseñado agujas y pinzas especiales. Sin embargo, esto requiere aparatos y metodologías que pueden encarecer y complicar el procedimiento. Se presenta una serie de pacientes (P) en los que la PTS se facilitó mediante la liberación de RF desde la punta de la aguja.

Métodos: Se incluyeron P que iban a ser sometidos a PTS. La PTS se realizó guiada mediante el posicionamiento de catéteres en el seno coronario, His y luego del tatuaje del SIA tras inyección de contraste. Adicionalmente, en algunos P se utilizó ecografía intracardíaca. Si tras repetidos intentos de cruzar el SIA, este no se lograba, se planteaba realizar la PTS facilitada mediante liberación de RF. Para ello, se utilizó un catéter de ablación convencional cuya punta de 4 mm se puso en contacto directo con el extremo metálico proximal de la aguja fuera del cuerpo del paciente (fig.). A continuación, mientras se mantenía un empuje con una fuerza constante sobre la aguja se liberó RF desde el catéter de ablación en modo unipolar y en modo potencia con 10-20 watts programados.

Resultados: De 83 P sometidos a PTS en el último año, 6 P (7,2%, edad 63-79 años, 3 varones) presentaron dificultades para lograr la PTS convencional y se realizó una PTS facilitada con RF. Dos P presentaban cardiopatía estructural (prótesis mitral mecánica y miocardiopatía dilatada). Se utilizó PTS facilitada con RF en 5 P debido a resistencia para perforar el SIA y en 1 P por presentar un aneurisma del SIA que llevaba a contactarlo con la pared posterior al aplicar presión con la aguja. Se logró realizar la PTS facilitada con RF de forma eficaz en todos los pacientes a los pocos segundos de iniciada la liberación de RF, siendo inmediata en 3 de ellos (mediana 1 seg, rango 0-10). La potencia media liberada fue de 8,4 Watts (4-20). No se - produjeron complicaciones salvo en un P que presentó derrame pericárdico leve en probable relación a los intentos previos de PTS convencional.

Conclusiones: La liberación de RF desde la aguja de PTS mediante aplicación de esta desde el catéter de ablación facilita la PTS en casos dificultosos sin añadir complejidad adicional al procedimiento.

6001-474.tif