Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 370

Revista Española de Cardiología

6001-475. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA DE ARRITMIAS VENTRICULARES EN LOS SENOS DE VALSALVA AÓRTICOS

Ana Cecilia Gonzales Luna, Javier Moreno Planas, José Manuel Aguirre Víquez, Lázaro Hernández Jiménez, Juan José González Ferrer, Ramiro Montaubán Zardo, Carlos Macaya Miguel y Julián Pérez-Villacastín del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Las AV (arritmias ventriculares) originadas en las cúspides aórticas no son infrecuentes. La posible estrecha relación del foco de origen con el tronco coronario izquierdo o la coronaria derecha y la posibilidad de otras complicaciones como ACvs o disección ha generado que muchos centros no apliquen RDF (radiofrecuencia) o lo hagan sólo tras realizar angiografía o tomografía coronaria.

Métodos: Describimos las AV consideradas de origen en aorta estudiadas en nuestro centro de 2001 a 2012. Realizamos reconstrucción 3D de la porción proximal de la aorta y origen de arterias coronarias mediante sistema de navegación Carto. Marcamos la salida de las coronarias mediante inserción del catéter de mapeo en el ostium de la coronaria de interés durante 2-3 segundos. No se realizó coronariografía ni tomografía aórtica. Se aplicó RDF con catéter NaviStar® irrigado (30-40W, límite 45 °C) vía retrógrada aórtica. Se consideró éxito la supresión y no inducibilidad de la AV clínica.

Resultados: Del total de 15 casos, 2 tenían intentos fallidos previos de ablación en otras regiones. La edad media fue 67 ± 12 años, 73% varones, 47% con cardiopatía estructural y FEVI promedio 53 ± 11%. La presentación clínica fue TV en el 80% (42% con inestabilidad hemodinámica) y extrasistolia ventricular 20%. Por cartografía de activación, la mayor precocidad se localizó en seno coronariano (SC) izquierdo 9/15 (60%), el SC derecho 3/15 (20%), su confluencia 2/15 (13%) y 1/15 (7%) en el seno no coronariano. En 2 de los primeros pacientes no se aplicó RDF por considerar su proximidad al tronco coronario peligrosa. Se logró suprimir de forma aguda la AV tratada en 11 de los 13 tratados y se falló en 2/13. Dos de los pacientes tratados eficazmente en el laboratorio presentaron recurrencia intrahospitalaria, uno de los cuales requirió implante de desfibrilador y el otro se controló con amiodarona. El resto, 9/13 (69%), no presentó recurrencia a los 6, 12 y 24 meses. No se produjeron complicaciones. En 2 casos no se administró heparina intravenosa en la ablación. Tras el procedimiento todos fueron antiagregados al menos 1 mes.

Conclusiones: La ablación con RDF en los senos de Valsalva aórticos para el tratamiento de las AV es segura y relativamente efectiva. Con el uso de los sistemas de navegación electroanatómicos no encontramos necesidad de coronariografía ni tomografía aórtica.