



5012-14. INCIDENCIA DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DEFINITIVO EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON BLOQUEO TRANSITORIO DURANTE LA ABLACIÓN DE TAQUICARDIA POR REENTRADA INTRANODAL

Irene Marco Clement, Sergio Castrejón Castrejón, Marcel Martínez Cossiani, Lorena Martín Polo, Carlos Merino Argos, José María García de Veas Márquez, Laura Rodríguez Sotelo, Luis Alberto Martínez Marín, Carlos Escobar Cervantes, Juan Caro Codón, José Luis López Sendón y José Luis Merino Lloréns

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La incidencia de bloqueo auriculoventricular (AV) definitivo durante la ablación/modulación de la taquicardia por reentrada nodal (TRIN) es baja (0,5-1%). Sin embargo, no es infrecuente la inducción de bloqueos AV y ventriculoauriculares (VA) transitorios durante la liberación de energía. Este fenómeno podría asociarse a mayor lesión del nodo AV y su evolución clínica a largo plazo es desconocida.

Métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes (P) sometidos a ablación de TRIN en nuestro centro que tuvieran un seguimiento de al menos 5 años. Se identificó a los P que presentaron un bloqueo AV y VA transitorio de al menos 1 latido durante la ablación y se revisó su historial clínico reciente en el registro central regional de información médica y/o se les contactó por teléfono.

Resultados: Se incluyeron 972 P (48,1 ± 21,2 años, 75,4% mujeres) consecutivos sometidos a ablación de TRIN. Durante la ablación en 118 P (12,1%) se observó desarrollo de bloqueo AV o VA en relación a liberación de energía (todos radiofrecuencia salvo 2 casos realizados con crioablación). El bloqueo fue AV en 50 P (42,4%), VA en 64 (54,2%) y de ambos tipos en 3 P (2,5%). El bloqueo fue de > 1 latido en 74 P (62,7%). Tras detener la aplicación el bloqueo persistió en 17 (14,4%) P: como BAV 2:1 o completo durante 5 minutos en 13 (11,0%) P, en 4 (2,3%) > 5 minutos y en 3 (2,5%) persistente, requiriendo implante de marcapasos (MP) definitivo. En el seguimiento a largo plazo (mediana 15,8 años, RIC 10,9-19,5), 4 P (3,4%) requirieron implante de MP por BAV completo con una mediana de tiempo desde la ablación previa de 5,8 años (RIC 0,4-9,5). Dos de ellos habían presentado bloqueo AV durante la ablación y otros dos bloqueo VA. Los 4 pacientes habían sido tratados con radiofrecuencia. Los pacientes que desarrollaron BAV en el seguimiento eran más añosos (71,0 ± 8,9 vs 47,2 ± 21,1 años, p = 0,020) y presentaban basalmente mayor intervalo PR (177,8 ± 23,6 vs 152,9 ± 25,4, p = 0,039) y HV (59,0 ± 5,5 y 44,5 ± 10,8, p = 0,003) en el análisis univariante, perdiendo los intervalos su significación estadística cuando se ajustaron por la edad en un análisis multivariante.

Características basales de los pacientes con bloqueo AV o VA durante la ablación

	Total (n = 118)
Edad (media \pm DE)	48,1 \pm 21,2
Mujeres n (%)	89 (75,4)
Ablación previa n (%)	4 (2,5)
BAV 1° pre-estudio n (%)	7 (5,9)
PR (media \pm DE)	153,8 \pm 25,7
AH (media \pm DE)	81,7 \pm 22,2
HV (media \pm DE)	45 \pm 11,0



Zona de aplicación en el momento del bloqueo AV o VA.

Conclusiones: El desarrollo de bloqueo AV definitivo a los 15 años tras el bloqueo AV o VA transitorio durante la ablación de TRIN es infrecuente y parece estar más en relación con el envejecimiento que con el daño generado durante el procedimiento.