

Imagen en cardiología

Taquicardia antidrómica secundaria a ablación de vía accesoria

Antidromic Tachycardia Secondary to Accessory Pathway Ablation

Miguel A. Arias*, Diana Segovia y Marta Pachón

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

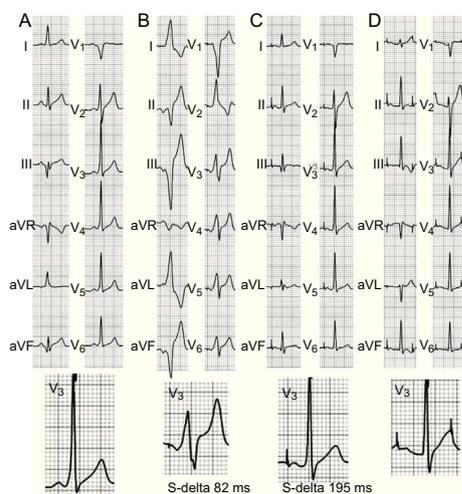


Figura 1.

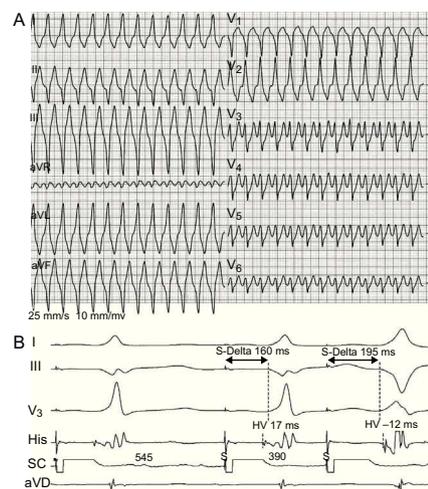


Figura 2.

Varón de 23 años con patrón de Wolff-Parkinson-White que fue remitido para estudio y ablación; el electrocardiograma basal mostraba ritmo sinusal a 67 lpm con onda delta compatible con la presencia de una vía posteroseptal derecha común (fig. 1A). La vía accesoria tenía un periodo refractario de 450/290 ms. No se indujeron taquicardias. Se realizó cartografía de la vertiente ventricular durante estimulación auricular a 600 ms (fig. 1B), y en la región posterior del anillo tricúspide se realizaron seis aplicaciones de radiofrecuencia con control de temperatura a 60°, con aumento del tiempo local auriculoventricular y disminución del grado de preexcitación (fig. 1C, estimulando a 600 ms la aurícula) y éxitos transitorios (fig. 1D). Comenzó a inducirse con la estimulación auricular una taquicardia antidrómica (fig. 2A), usando la vía accesoria como brazo anterógrado y el sistema de conducción específico como brazo retrógrado. Se comprobó que tras la radiofrecuencia la vía había adquirido una fisiología tipo Mahaim (fig. 2B; SC: seno coronario; aVD: ventrículo derecho), caracterizada por un alargamiento del intervalo entre la estimulación auricular y el inicio de la onda delta asociado a una preexcitación progresivamente mayor, lo que ocurrió de forma reproducible y con un amplio intervalo de acoplamiento de los extraestímulos, así como con trenes de estimulación auricular continua con frecuencias de estimulación progresivamente crecientes. Se observó, además, bloqueo de conducción de la vía tras un bolo intravenoso de 12 mg de adenosina. Con un catéter irrigado abierto, se realizó en la misma posición una aplicación de 60 s (50 °C, 50 W), con terminación de la conducción por la vía a los 2 s (fig. 1D), sin que reapareciera tras una espera de 40 min y sin inducción posterior de taquicardias.

La radiofrecuencia sobre el tejido de vías accesorias y circundantes origina cambios electrofisiológicos celulares que pueden determinar una conducción decremental sobre una vía común en la que persiste cierto grado de conducción. Este hecho puede determinar arritmias sostenidas que no eran inducibles antes de realizarse las aplicaciones y pueden aparecer durante el seguimiento posterior, por lo que la eliminación completa de la conducción por la vía accesoria debe ser el objetivo final en estos pacientes.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: maapalomares@secardiologia.es (M.A. Arias).

On-line el 23 de octubre de 2013

Full English text available from: www.revespcardiologia.org/en