

PREDICTORES DE ÉXITO DE LA ABLACIÓN DESDE EL SENO NO CORONARIO DE LA RAÍZ AÓRTICA DE TAQUICARDIAS AURICULARES CON ORIGEN EN LA PROXIMIDAD DEL NODO AURICULOVENTRICULAR

DRA. CAROLINA GUEVARA CAICEDO*

El diagnóstico de la taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) por reentrada nodal o por reentrada a través de una vía accesoria es frecuente y la cura con ablación por radiofrecuencia es un procedimiento con porcentaje exitoso mayor al 95%. Sin embargo, cuando la TPSV es por taquicardia auricular, nos enfrenta a un reto mayor en el tratamiento. Una de las razones del poco éxito es que en el 10% de estas taquicardias encontramos los potenciales más precoces cerca del nodo Aurículo Ventricular (AV), lo que impide una adecuada aplicación de radiofrecuencia sin correr el riesgo de ablación del Nodo AV y por ende del uso de un marcapaso definitivo.

Los ya no tan nuevos catéteres irrigados, que permiten el enfriamiento del tejido periablacionado y de esta forma una ablación más segura “cool ablation” en las proximidades del nodo AV, son una alternativa para el uso de la energía de radiofrecuencia en este tipo de taquicardia.

La ablación por radiofrecuencia, método actualmente convencional, en el cual se aplica energía que se transforma en calor local que alcanza hasta +80 °C produciendo lesiones aproximadas de 1 mm² en el punto de aplicación, tiene actualmente alternativas más seguras en pacientes con potenciales precoces cerca al nodo AV como la crioablación. La crioablación es la aplicación de energía crioterma, es decir lesión por bajas temperaturas. Este tipo de ablación tiene métodos de trabajo más seguros como el “cryomapping” es decir mapeamiento de la región y la aplicación de crioablación a temperaturas de -30°C que causan disfunción eléctrica transitoria y en ausencia de prolongación del intervalo AH (marcador de la indemnidad del nodo AV) se

procede a ablación completa a temperaturas de -75°C para producir lesiones permanentes. En los últimos años la ablación crioterma percutánea ha sido usada ampliamente para una gran variedad de arritmias cardiacas, pero aún es poco probable que llegue a reemplazar a la ablación estándar con radiofrecuencia para pacientes en general, a no ser que tengan características como las de este estudio.

Con los nuevos sistemas de mapeamiento electroanatómicos no fluoroscópicos (CARTO®, LOCALIZA®) se ha ganado muchísimo no sólo en tiempo del procedimiento, seguridad para el operador por el menor tiempo de exposición a la radiación, sino también en la mayor precisión del punto de ablación, por tanto en mayor porcentaje de éxito del procedimiento.

Este tipo de mapeamiento permite ubicar potenciales de taquicardia auricular desde nuevos lugares, sitios no convencionales, como el seno no coronario de la raíz aortica, dada la vecindad anatómica y su relación embriológica. A la fecha existe muy poca comunicación sobre ablación de taquicardia auricular desde esta localización, y esto hace que el trabajo presentado cobre mayor valor.

La ablación de la taquicardia auricular de 3 de los 11 pacientes con potenciales cercanos al nodo AV desde el seno no coronario de la raíz aortica nos abre una nueva alternativa de abordaje. Por lo tanto la búsqueda de predictores de éxito clínicos, electrocardiográficos o electrofisiológicos desde esta nueva localización es obligatoria.

Por ultimo es importante recordar que la cura de estos 11 pacientes, no hubiera sido posible sin la tecnología desplegada: catéteres irrigados, energía de radiofrecuencia, crioablación y mapeamiento electroanatómico no fluoroscópico, tecnología que esperamos sea una pronta realidad en nuestro medio.

(*): Coordinadora del Consejo Científico de Arritmias y Electrofisiología
Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú