

# Caso interesante desde Hershey

Dr. Mario D. González

Estimados colegas,

Quiero compartir un estudio electrofisiológico con posterior ablación que hicimos hoy.

Se trata de una paciente de 34 años de edad sin antecedentes de importancia que tuvo un episodio de fibrilación auricular hace dos meses que resolvió espontáneamente.

Durante el interrogatorio nos relató que tenía larga historia de palpitaciones rápidas, regulares, de comienzo y terminación bruscas y de minutos de duración. El examen físico, ECG y laboratorios fueron normales. El ecocardiograma fue informado como normal, pero con un seno coronario dilatado.

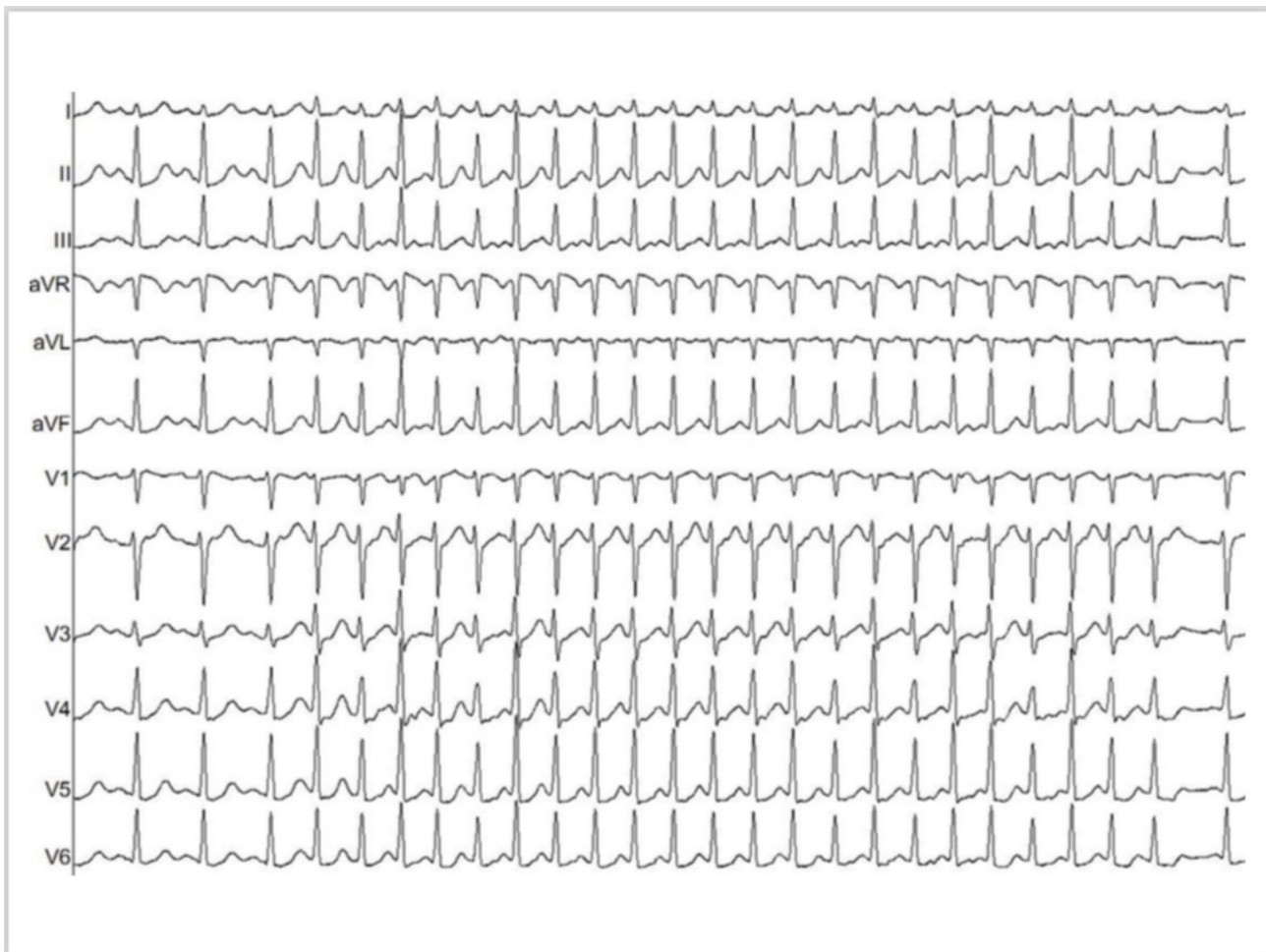
Hoy realizamos un estudio electrofisiológico y durante la infusión de isoproterenol y aminofilina ocurrieron extrasístoles auriculares y colgajos de taquicardia auricular que se observan en la figura adjunta. Se descartaron vía accesoria oculta y reentrada nodal.

La pregunta es: ¿cuál es el origen de las extrasístoles y taquicardias auriculares? Desde ya les adelanto que el origen no se encontró en la aurícula derecha ni en la aurícula izquierda.

Saludos,

Mario D. Gonzalez





## OPINIONES DE COLEGAS

¿Fue un hallazgo particularmente llamativo el Seno Coronario...??

Chamia Benchetrit

Mario. El dato de la dilatación del seno coronario puede orientarnos a pensar. La localización podría estar en el cuerpo del seno (no en la os porque la P tendría que ser negativa en derivaciones inferiores) o también en el anillo mitral en la continuidad mitro aórtica.(P negativa en aVL y positiva en precordiales) El ECG no es 100% específico. Veré cuánto me he equivocado.

Oscar Pellizzón.

¿Está involucrada la Aorta? ¿En el seno no coronario?

Yolanda Abreu Hernández

Estimado Mario, esto parece más un acertijo. Una taquicardia auricular que no proviene de las aurículas debería provenir de las venas que conectan las aurículas. Estas son las venas pulmonares, las cavas o las estructuras venosas en relación al seno coronario. Por

lo que veo las extrasístoles auriculares son negativas en D1 y aVL y positivas en V1. Por lo que considero tienen un origen izquierdo y posterior. ¿VPSI?, ¿Seno coronario distal?. Saludos desde Rosario.

Alfredo Del Río

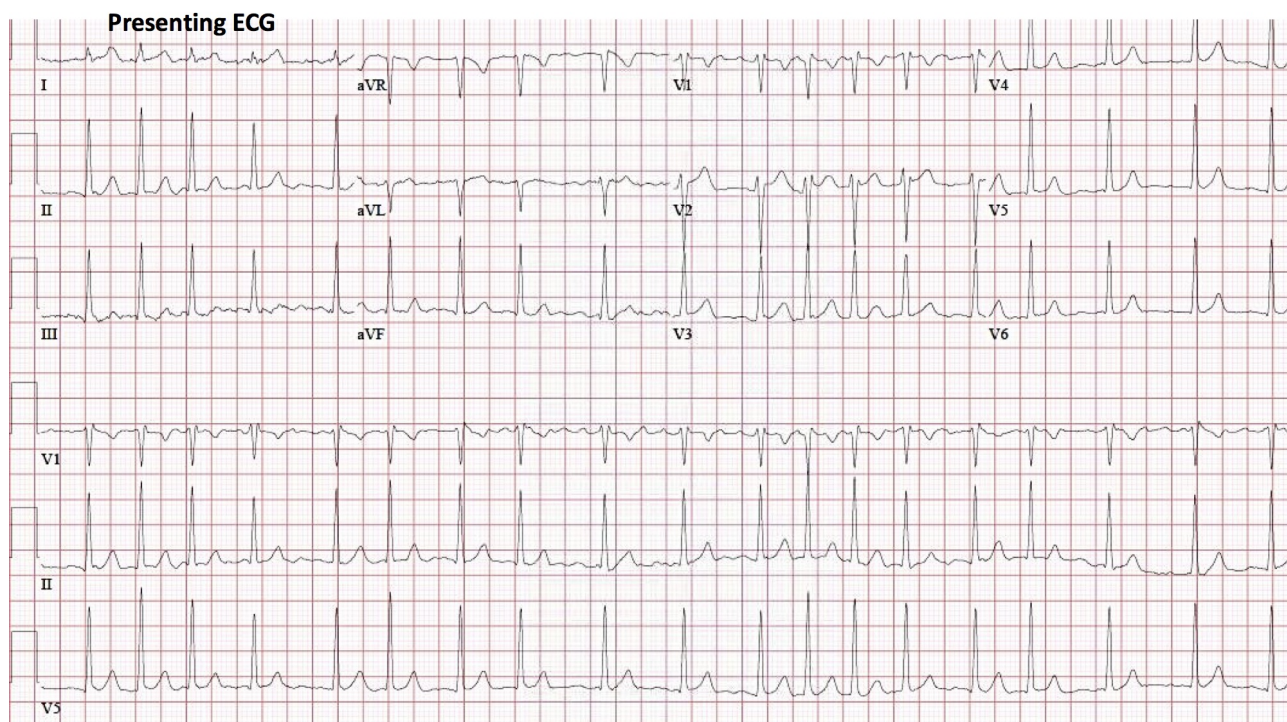
Excelente Alfredo! Todos los que respondieron estuvieron muy cerca del diagnóstico acerca del sitio de origen de estas taquicardias. Lo importante es que todos hicieron el razonamiento correcto!

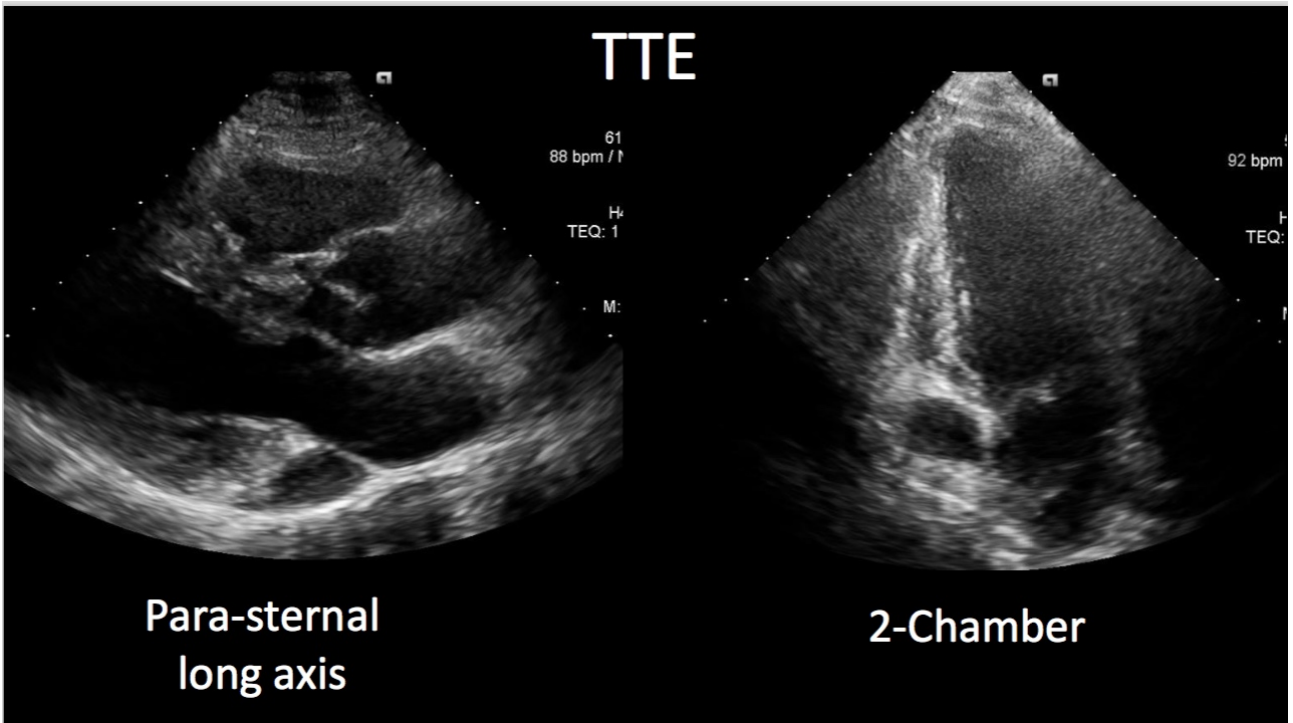
Esta paciente como verán tenía taquicardia auriculares que se originaban de una vena cava superior izquierda persistente.

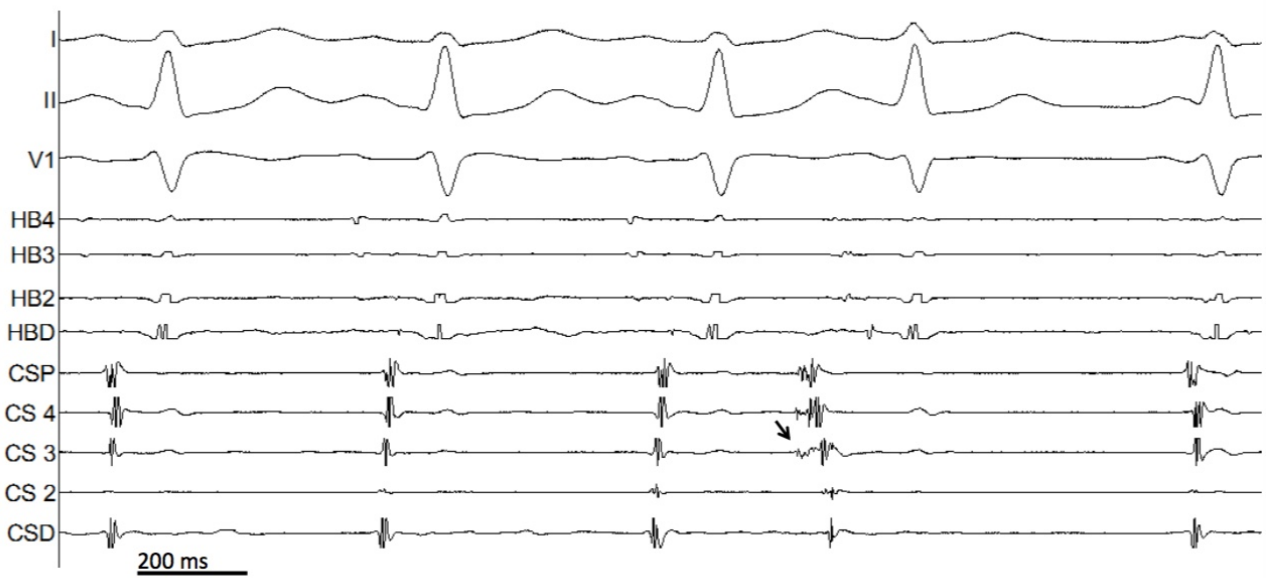
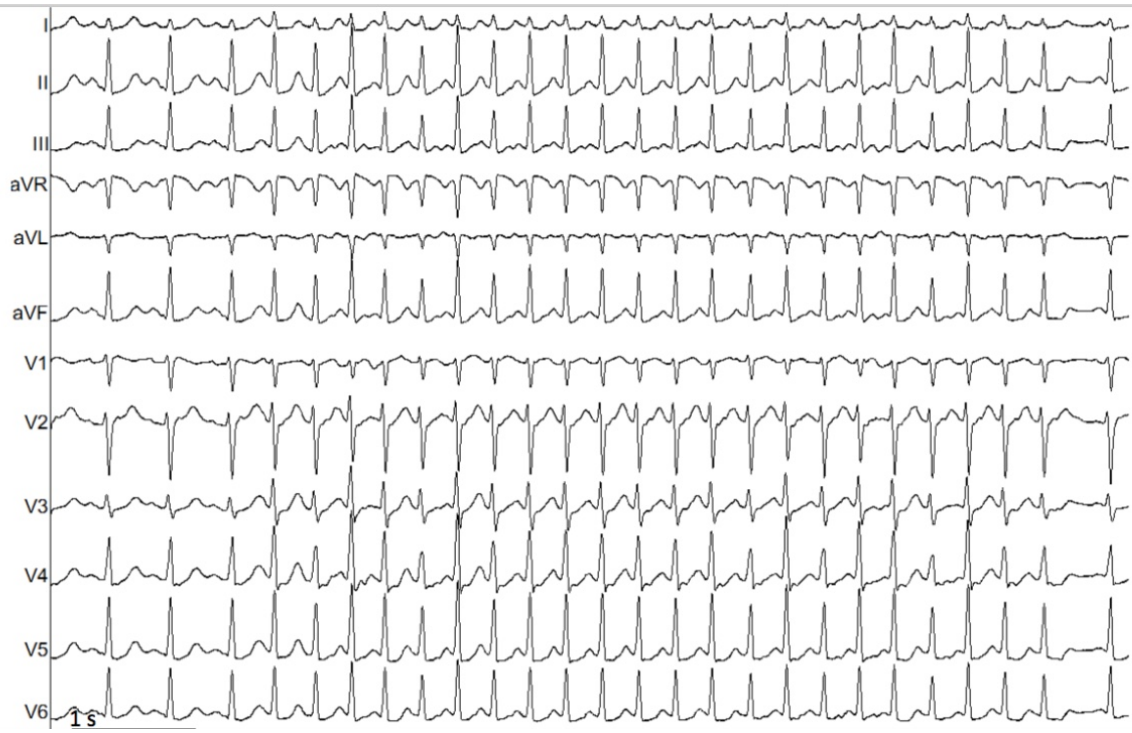
Mi fellow de electrofisiología, el Dr. Mauricio Sendra que es también de Argentina, preparo una presentación del caso que adjunto. El mapeo fue hecho con un catéter multipolar de alta densidad y muestra distintos sitios de origen de las extrasístoles dentro de la vena cava superior izquierda. El caso enfatiza la necesidad de buscar posibles arritmias que pueden desencadenar fibrilación auricular, especialmente en pacientes jóvenes.

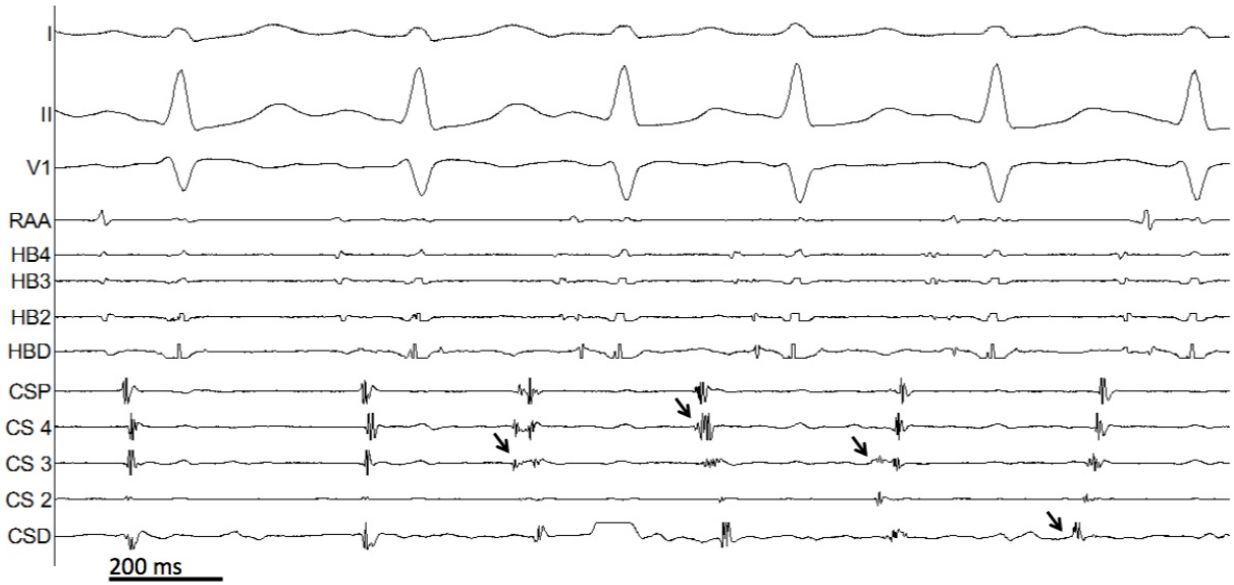
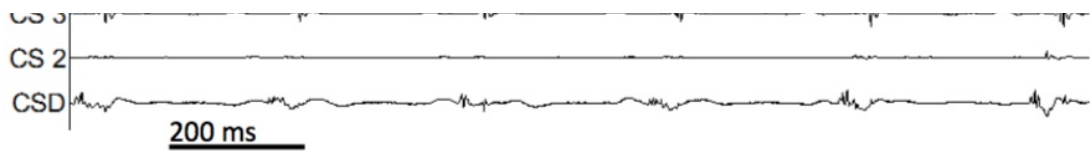
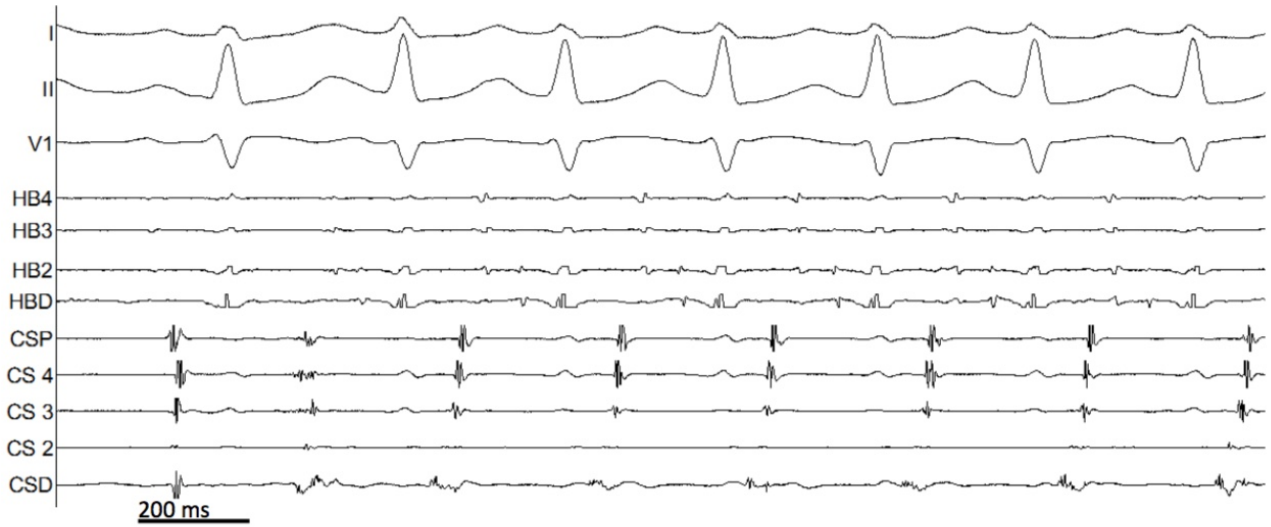
Saludos,

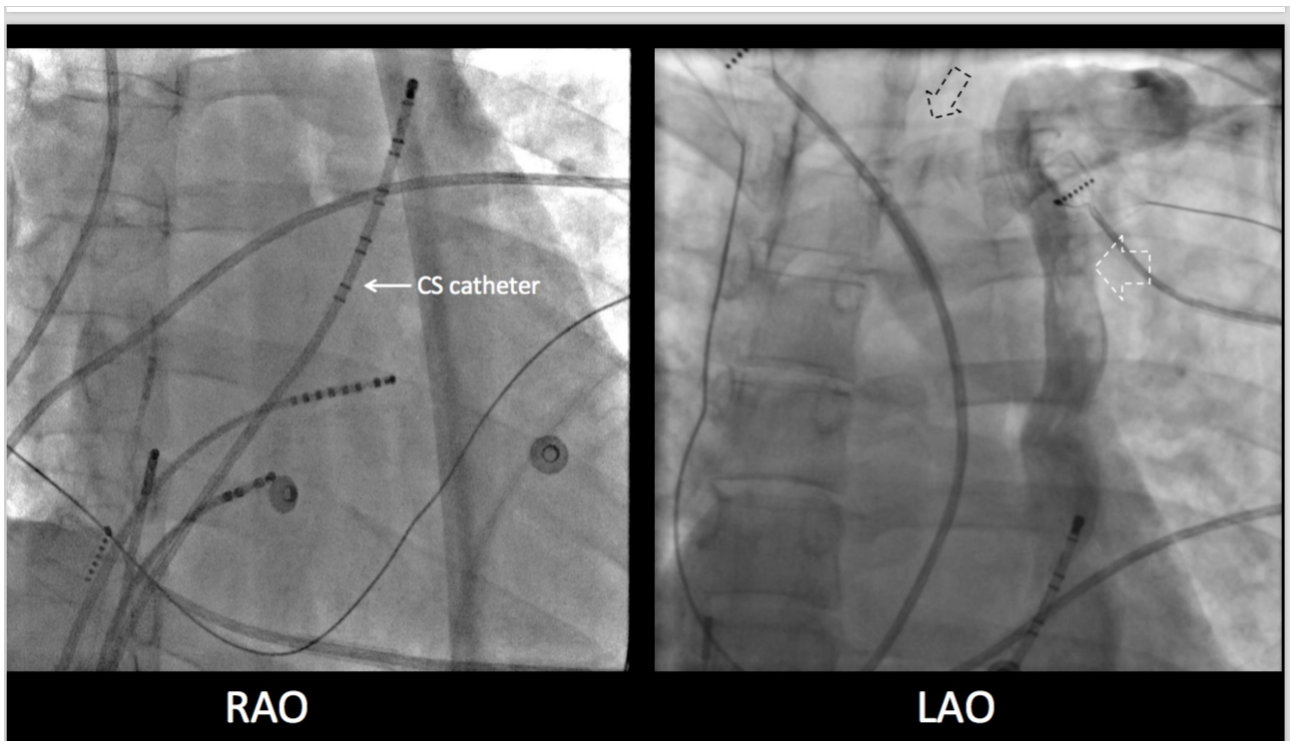
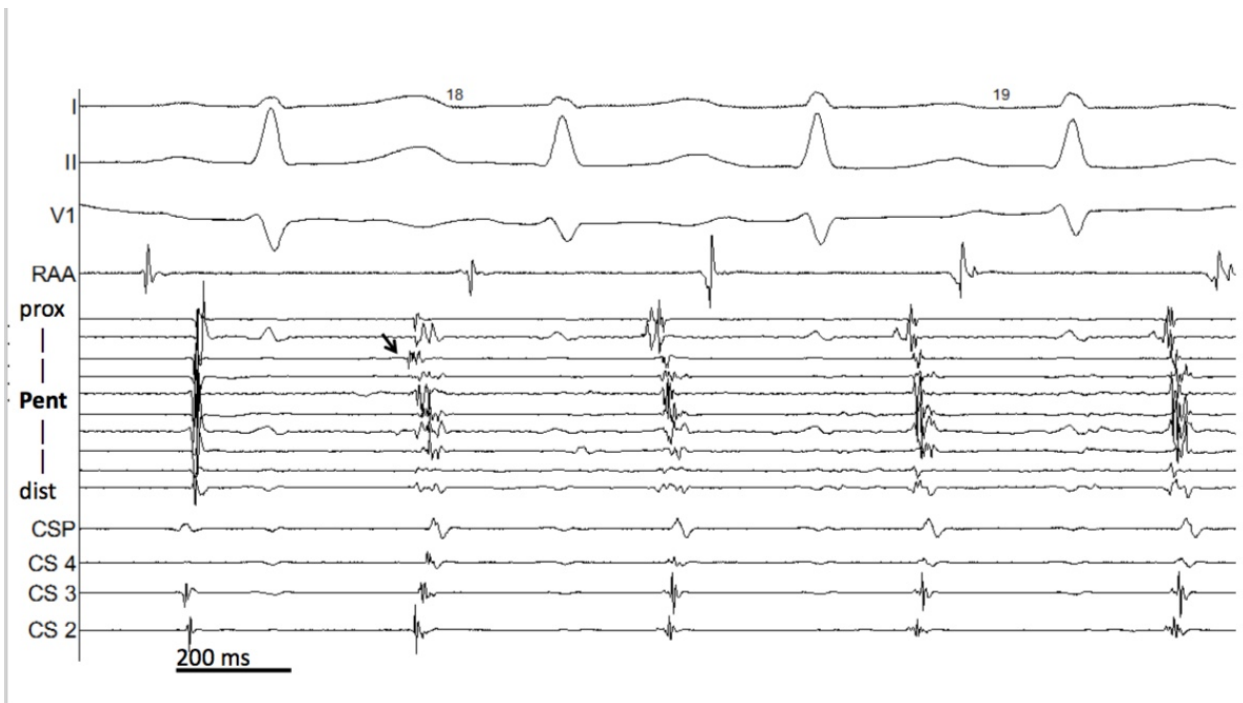
Mario D. González

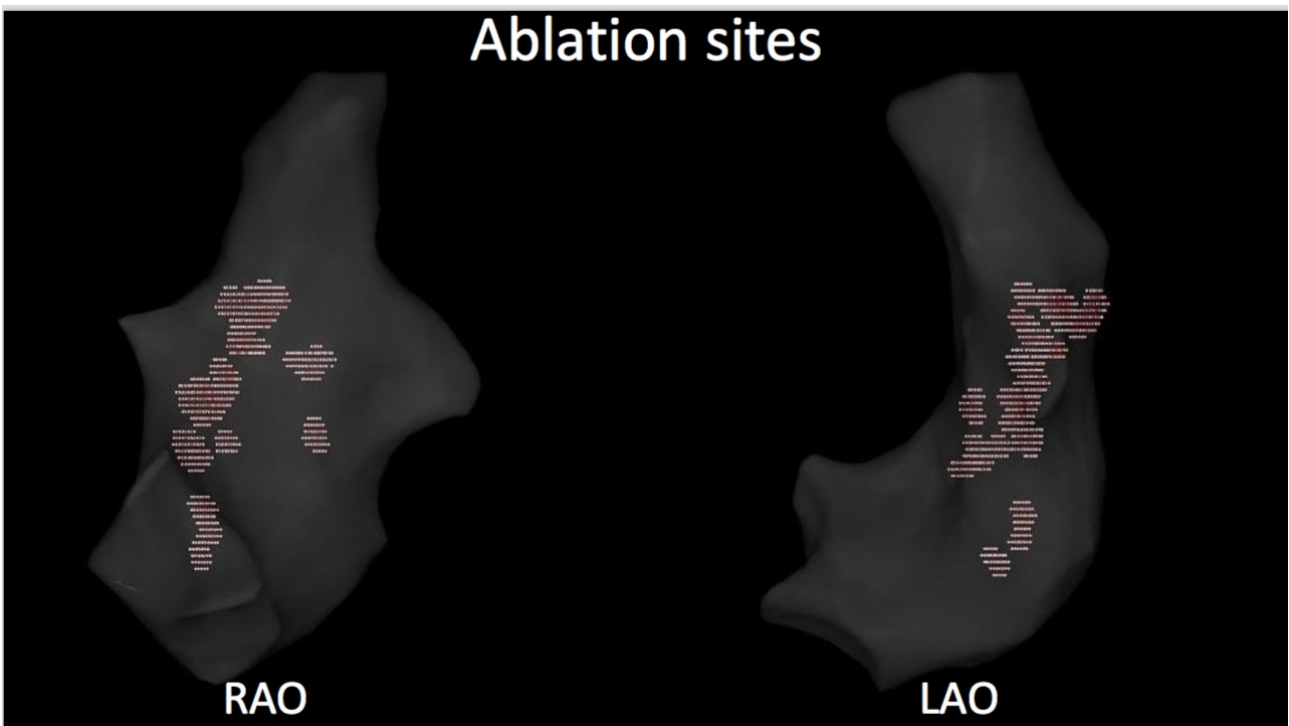
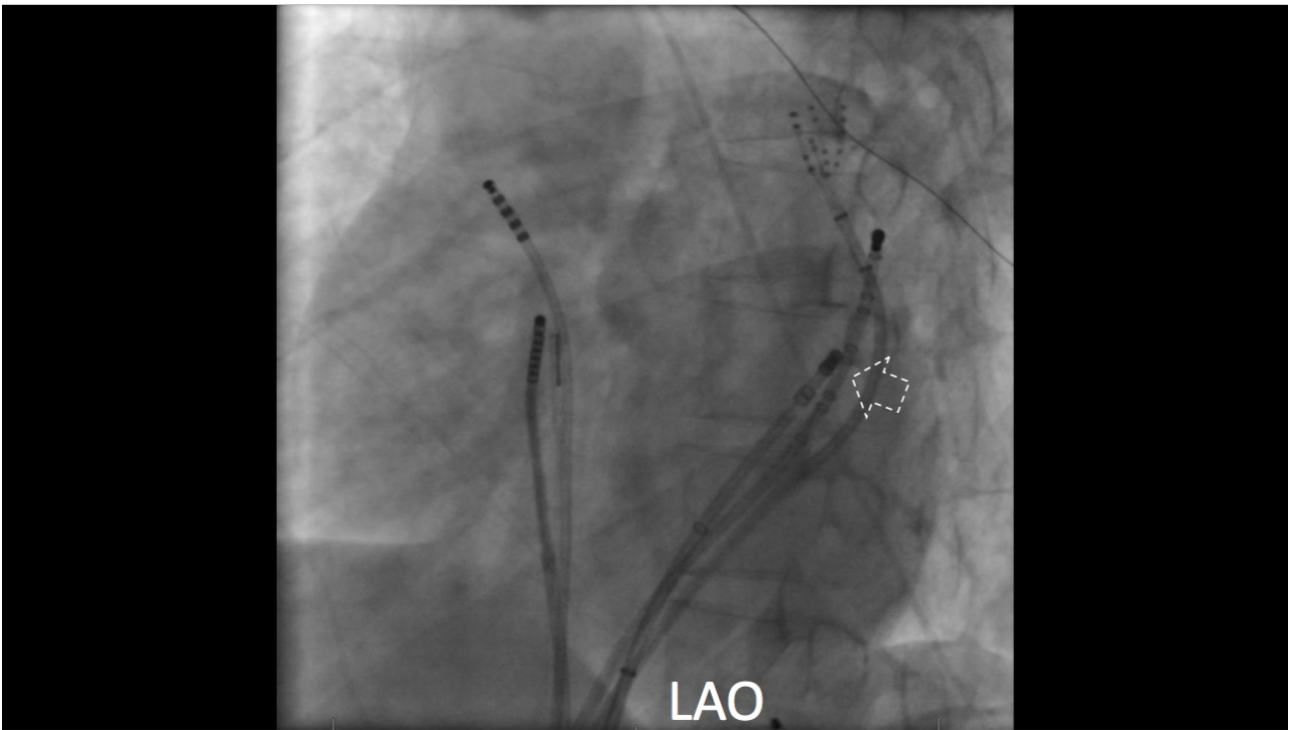












---

Hermoso caso y excelente demostración electrofisiológica y anatómica de la localización del origen de la taquicardia. ¡¡¡¡Gran trabajo Mario!!!! Felicitaciones. Gran abrazo.

Oscar Pellizón

---

¡Qué buen caso!



¡Felicitaciones!

Nosotros lo que hemos visto además de los bloqueos es una reentrada nodal relativamente lenta en una joven paciente.

Saludos

Chamia Benchetrit

---

Estimada Dra. Abreu Hernandez,

Algunos electrofisiólogos hacen la ablación de algunas taquicardias auriculares desde el seno no coronario, pero el origen sigue siendo auricular. El seno no-coronario no contiene tejido auricular, aunque registra un potencial de aurícula que proviene del techo de la aurícula izquierda, parte de la AD, y la valva anterior de la mitral. La parte proximal de la valva anterior de la mitral también contiene tejido muscular y está en contacto con el seno no-coronario. Nosotros hacemos el mapeo y ablación usando la vía transseptal (Circulation 2004; 110:3187-92).

Saludos,  
Mario

Gracias Shemy,

Nosotros también vemos reentrada nodal y taquicardias auriculares en la porción más próxima del seno coronario.

Mario

---

Gracias por el caso.

Chemy y Mario ¿podían por favor orientarnos en la ablación de estas Taquicardias PosteroSeptales o de la OSC? Hemos tenido también por aquí y la aplicación de RF en el OSC o a veces incluso un poco más adentro nos ha resuelto pero con algo de temor ante posibles complicaciones. ¿Podrían repasar la técnica para hacer estas ablaciones y sus experiencias? Gracias.

Leonardo Ramírez Zambrano

---

Si. Así es! Muchas gracias por la información estimado Dr. González. Un placer ver sus casos y comentarios en el foro. Siempre muy interesantes. Un gran aporte

Yolanda Abreu Hernández

---

Para hacer ablaciones dentro del seno coronario, es importante usar catéteres con irrigación externa y usando 10-20 watts. Es muy raro que se necesite más energía. Medir fuerza de contacto es también importante para prevenir presión excesiva sobre las paredes del seno coronario. La parte superior del seno coronario proximal está en contacto con el nódulo A-V con mayor riesgo de bloqueo A-V. Recuerden que la musculatura del seno coronario termina en la válvula de Vieussens, lo que sigue es la vena cardiaca mayor. Para reentrada nodal, casi de rutina entró en el seno coronario proximal con ablación dirigida hacia la pared anterior (orientación anatómica, hacia el ventrículo). Esto es fundamental en las variedades rápida-lenta y lenta-lenta, para eliminar la vía lenta retrógrada. Otra cosa importante es definir donde está el ostio del seno coronario. Es mejor hacerlo en oblicua anterior izquierda adaptada a la rotación del corazón de cada paciente con el catéter que registra el haz de His apuntando hacia el operador.

No se si le contesto a todas sus preguntas.

Saludos,  
Mario D. Gonzalez

---

Hola Mario. Lindo caso. Por la última imagen de mapa electroanatómico, sugiere que fue necesario una amplia zona de aplicación de radiofrecuencia? ¿No respondía en los puntos de inicio? ¿O era una amplia área con electrogramas precoces?  
Gracias por compartirlo a tan interesante caso!

José Luis Serra

---

Estimado Mario,

Muchas gracias por el precioso caso y ¡muy buena la presentación!

Una pregunta respecto a la aminofilina, ¿como es la dosis que usan? ¿la asocian con el isoproterenol?

Gracias desde ya!

Un abrazo,

Daniel Banina

Montevideo  
Uruguay

---

Hola Jose Luis,

Si, la ablación fue extensa. La musculatura dentro de la vena cava superior izquierda está muy desarrollada en estos pacientes y las extrasístoles y salvas de taquicardia auricular provenían de muchos sitios.

Los sitios de ablación están marcados no por puntos, sino por una grilla que señal sitios donde el catéter se mantuvo estable durante la ablación (no más de 2 mm de movimiento) y por al menos 10 segundos.

Saludos,

Mario

---

Estimado Daniel,

Hace muchos años comencé a utilizar aminofilina para facilitar la inducción de taquicardias auriculares y ventriculares focales en corazones sanos. La dosis es 6 mg/kg en infusión lenta (20 minutos). La asocio a isoproterenol.

Por supuesto, lo más importante es mantener al paciente con la menor sedación posible, de lo contrario es difícil inducir estas arritmias.

Un abrazo,

Mario

---

