

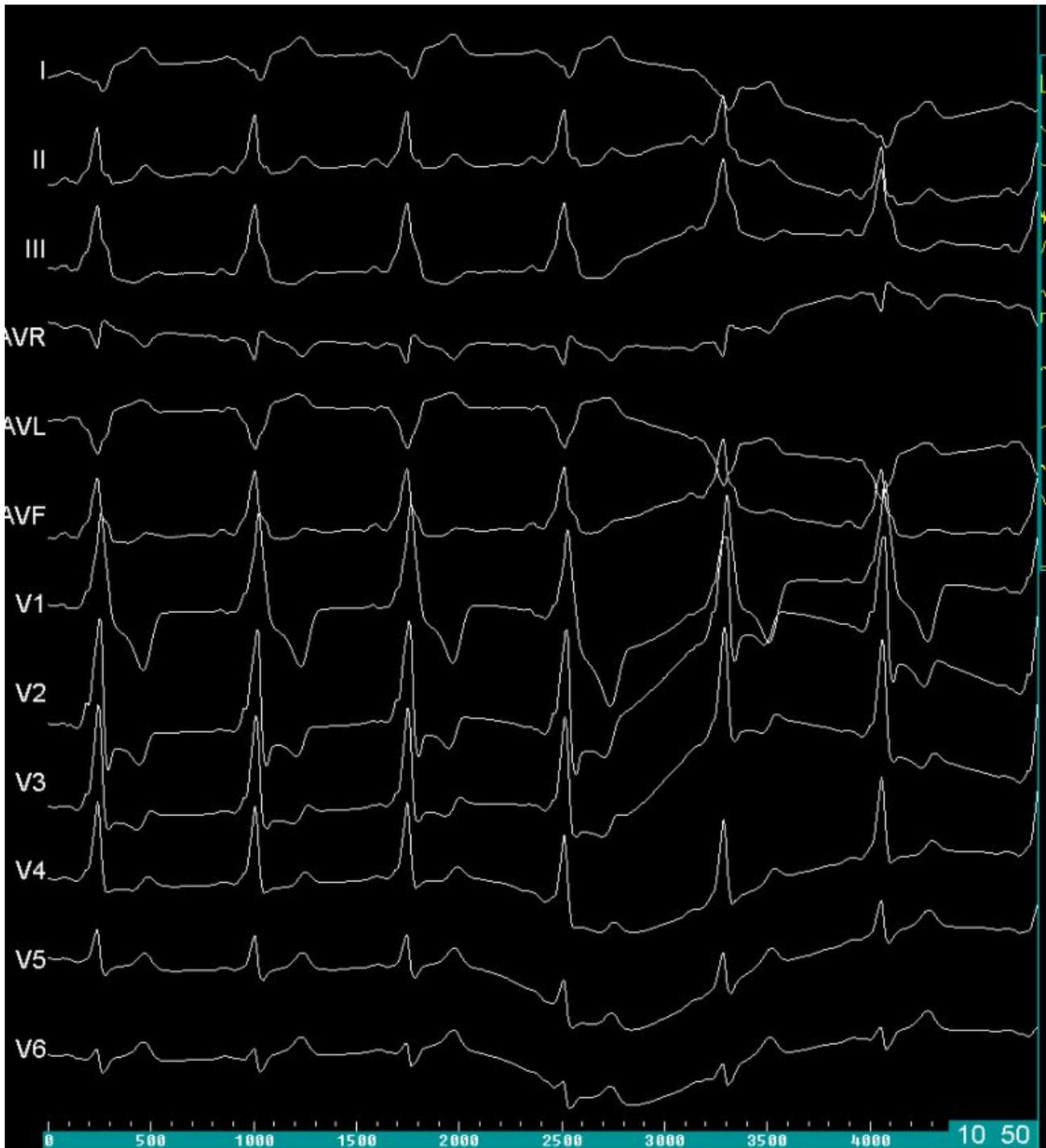
¿Qué les parece la ubicación de la vía? - 2009

Dr. Claudio Santibáñez Catalán

Se trata de un joven de 24 años, sintomático, sin síncope
¿Dónde les parece que está la vía y qué vía de ablación elegirían, derecha izquierda o epicárdica?

Atentamente y saludos

Claudio Santibáñez Catalán



OPINIONES DE COLEGAS

La via me impresiona lateral izquierda. Sobre la ARF si no tiene un foramen permeable via transeptal.

Saludos

Pedro Chiesa
Montevideo. Uruguay

Gracias Claudio por traer este caso!

Me impresiona una vía lateral izquierda manifiesta (BCRD en V1 y delta negativa en I y aVL). La abordaría transeptal endocárdica. El algoritmo de Fitzpatrick la localiza fácilmente.

Saludos

Adrián Baranchuk

Lateral izquierda

Francisco Femenia

Estoy de acuerdo que es lateral izquierda pero creo que debe ser bien alta. Si es así seguramente es más fácil de llegar por vía transeptal. Igual soy partidario de hacer un intento previo por vía retrógrada.

Leyendo la pregunta de Claudio veo que plantea, con picardía, la vía epicárdica. Recuerdo una vía muy parecida a ésta que no podíamos quemar por vía retrógrada y los mejores criterios para aplicar los teníamos en el seno coronario izquierdo. No nos animamos a aplicar allí y finalmente la hicimos por transeptal. No tengo experiencia en ablación de vías accesorias desde el epicardio por vía trans-pericárdica. Si, alguna vez, a través del seno coronario. Habría que mapear y tener la suerte que la anatomía nos favorezca.

Saludos

Alejandro Cuesta

Saludos a Todos:

Parece de localización lateral izquierda. Con relación a la vía de ablación, la dejo a los expertos.

Que estén bien y hasta pronto,

Ricardo Pizarro.

Hola a todos

La aborté con un catéter de 4 mm retrógrado; apliqué con 70grados y 50 watts en posición lateral izquierda (más anterior luego posterior) con mal resultado. Luego lo hice epicárdico con punción percutánea, siempre teniendo muy buena señal y nada, luego por vía seno coronario, finalmente con un 8 mm no irrigado retroaórtico en el anillo, aplicando entusiastamente logré desaparición intermitente pero no la pude eliminar definitivo.

¿Cómo podría seguir? ¿Será mejor si ocupo un irrigado o será imprescindible el abordaje transeptal para llegar a la aurícula?

Atentamente y saludos

Claudio Santibáñez Catalan

Hola amigos

Onda delta negativa en I y aVL con QRS totalmente negativo, y en V1 onda delta positiva y QRS totalmente positivo, me inclina hacia una vía lateral izquierda.

El abordaje se los dejo a los intelectos del foro que sé que lo harían bien, rápido y fácilmente.. aunque desearía que tuviera un foramen permeable.

Benjamín Uribe
República Dominicana

Hola Claudio
Hay vías difíciles, y ésta es una de ellas.
Yo la abordaría con un Webster 4 mm (Orange F curve) por vía transeptal y mapeo durante marcapaseo ventricular si conduce en forma retrógrada (para dar más estabilidad). Si desaparece en forma intermitente en las primeras 4 aplicaciones, me subiría a catéter irrigado 4 mm, con mismo abordaje.

Suerte y contanos que pasó

Adrián Baranchuk

Benjamín

¿Por qué desearías que tenga un foramen permeable?

Invíteme a su bellissimo país y le muestro como hacer transeptales en forma segura y rápida.

Luego nos paseamos por el monumento a Colón (impresionante), y el Barrio Colonial de Santo Domingo y la rematamos en Punta Cana.

¡Hermoso país Dominicana!

Saludos

Adrián Baranchuk

Ante todo recuerde que el profesor y maestro es usted de lo que nos sentimos honrados y orgullosos..

De ésto solo hablo lo que leo.

Pero creo que si se realiza la punción transeptal a nivel del foramen oval permeable para las arritmias y vías localizadas en el lado izquierdo del corazón existe una más baja incidencia de complicaciones reportadas para este procedimiento, algunas publicaciones señalan del 2 al 4% incluyendo la perforación del AI, aunque la tasa de recurrencia reportada en un periodo de seguimiento de 16.8 ± 6.9 meses es de 4% la cual es similar a la que se observa con el abordaje retrógrado.

Es de destacar que las complicaciones se vinculan sobre todo con la técnica del cateterismo más que con la aplicación de corriente de radiofrecuencia y en sus manos estamos extremadamente seguros

La invitación a mis PAIS está en pie y segura, seria un honor contar con su presencia en nuestra PATRIA.

Ya que usted solo menciona la milésima parte de nuestras bellezas naturales, este terruño es maravilloso pero la mayoría de las veces mal dirigido y manejado, porque se aprovechan de la ignorancia general que existe en el tercer mundo.

Benjamín Uribe
Republica Dominicana

Muy interesante el caso

Claramente se trata de una vía lateral o anterolateral izquierda. Lo que llama la atención es la importante preexcitación para una vía en esta localización, hecho no habitual en un paciente joven. Tuvimos un caso similar.

Se descartó cardiopatía (ecocardiograma normal). No pudimos ablacionar por abordaje transeptal (es lo que hacemos habitualmente en las vías izquierdas) incluso con catéter de 8 mm, pese a excelentes registros. Tampoco pudimos por abordaje retrógrado. No intentamos abordaje epicárdico percutáneo ni a través del seno coronario.

Me interesaría conocer la opinión de expertos frente a esta situación: ¿localización epicárdica pura? ¿Vía entre orejuela izquierda y pared libre del ventrículo izquierdo? ¿Conducta?

Cordiales saludos

Diego Freire

Agotado todo lo que hicieron, retrógrada, transeptal, seno coronario, intentaría ablación epicárdica por subxifoidea (técnica de Sosa et al), y la otra sería a través de mapeo 3D, como última alternativa si lo tienen, pienso que la ARF epicárdica tiene que resultar, habitualmente las aplicaciones dentro del seno coronario se suelen hacer con mucha precaución, tal vez por eso no las eliminamos, ya que por lo menos nosotros vamos aplicando de a pocos segundos, con menos vatios y temperatura, alguna las volamos y otras no, por suerte la localización epicárdica no es tan frecuente,

Saludos

Francisco Femenia

Onda delta negativa en D1 y aVL con bloqueo de rama derecha vía lateral izquierda,

Manuel Cano
