

## Modificación de la Vía Lenta: un Abordaje No Convencional

Maria Jose Arocena<sup>1</sup>; Alejandro Cuesta<sup>1</sup>

*1 - Instituto de Cardiología Integral.*

### Introducción

La modificación de la vía lenta por radiofrecuencia debido a taquicardia de reentrada del nodo AV es uno de los sustratos de ablación que se realizan con más frecuencia en latinoamérica. El procedimiento cuenta con altas tasas de éxito y baja tasa de recurrencia cuando se realiza en pacientes con anatomía normal. En este caso nos encontramos ante una anomalía venosa que obligó a realizar un abordaje no convencional.

### Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, 59 años, portadora de HA. Historia de episodios de palpitaciones rápidas de 10 años de evolución. Durante uno de ellos se registra taquicardia regular de complejos finos a 190 cpm, compatible con taquicardia por reentrada del nodo AV, que cede con bolo de adenosina. Examen físico y electrocardiograma basal sin elementos a destacar. Ecocardiograma basal sin evidencia cardiopatía estructural. Se refiere para estudio electrofisiológico y eventual ablación. Por vía venosa femoral derecha, bajo anestesia local se colocan 2 introductores 7F. Se introduce un electrodo cuadripolar de ablación convencional y octopolar de estudio que se avanzan con cierta dificultad y no alcanzan las cavidades cardíacas. Mediante la administración de contraste se realiza diagnóstico de drenaje venoso anómalo. Se pasa catéter de hemodinamia tipo pig-tail y se realiza flebografía con bomba y 35 ml de contraste. El drenaje inferior confluye en la vena ácigos, que drena por encima del bronquio fuente derecho en cava superior (Figura 1). Por allí se avanzan los electrocatéteres hasta el corazón. Se realiza estudio electrofisiológico, del cual se destaca intervalos básicos normales, sin evidencia de vías accesorias anterógradas ni retrógradas. Se evidencia doble fisiología nodal. Con la estimulación auricular programada, bajo isoproterenol se induce taquicardia regular de complejos finos compatible con reentrada nodal típica (Figura 2). Por anatomía y electrograma, con la dificultad impuesta por el abordaje de necesidad, se localiza la vía de conducción lenta y se aplica radiofrecuencia (Figura 3). Luego de las aplicaciones de radiofrecuencia se sigue evidenciando salto AH, pero no hay ecos ni se induce taquicardia.

### Pruebas complementarias

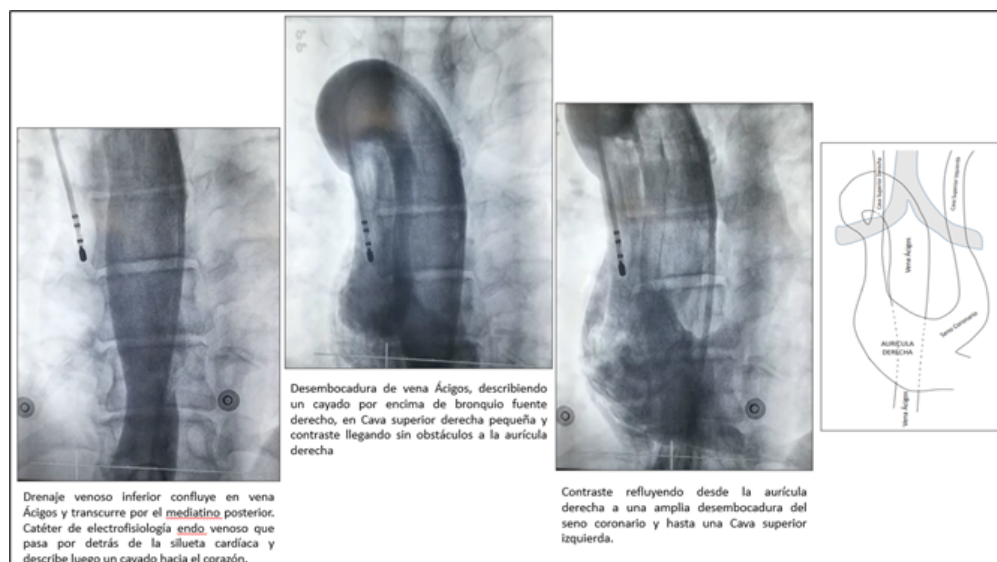


Figura 1.

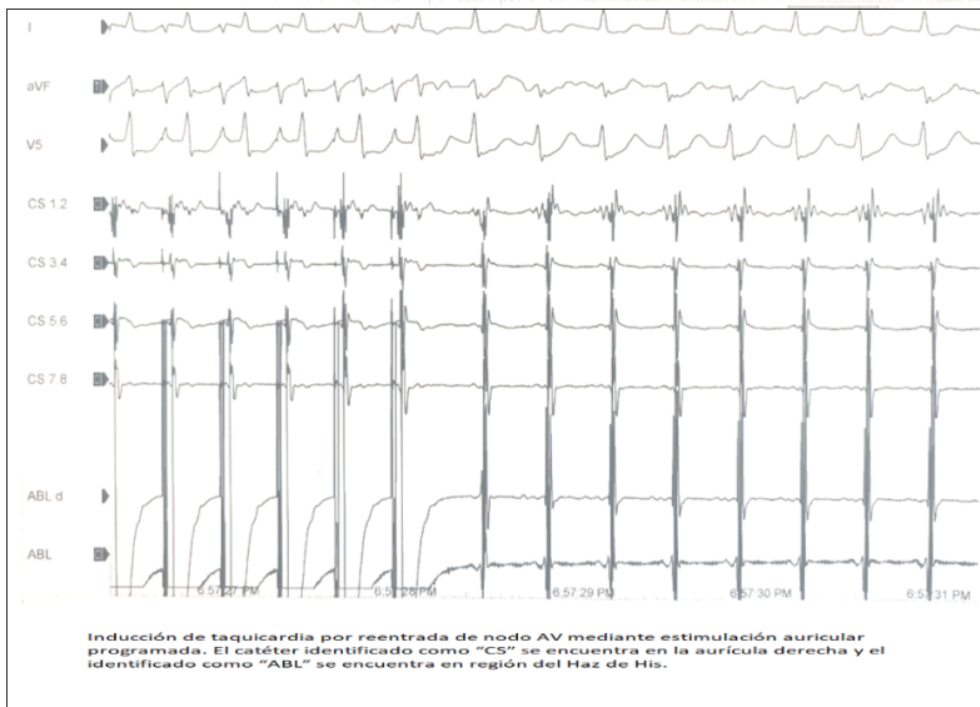


Figura 2.

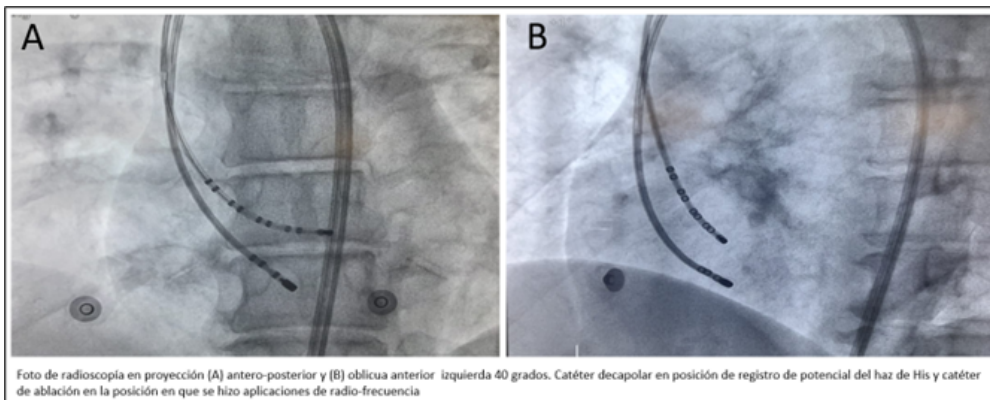


Figura 3.

**Diagnóstico**

- Drenaje venoso anómalo de sector inferior; ácidos llegando a cava superior- Taquicardia por reentrada nodal típica- Modificación de vía nodal lenta

**Discusión**

La anomalía venosa sistémica con una vena ácigos persistente como continuación de una vena cava inferior interrumpida o hipoplásica se ha estimado en un 0.1% a 0.6% en pacientes sin cardiopatía estructural. Dicha alteración obliga a realizar un abordaje con los catéteres distinto al habitual, en el cual los catéteres alcanzan las cavidades cardíacas a través de las venas femorales y la vena cava inferior. En este caso los catéteres transcurren por la vena femoral, luego por la vena ácigos y alcanzan la vena cava superior, entrando a la aurícula derecha a través de la misma. Este abordaje dificulta la maniobrabilidad del catéter, en ocasiones obligando a realizar abordajes superiores para lograr la estabilidad necesaria para realizar la ablación. En nuestro caso a pesar de la dificultad impuesta se logró realizar una ablación exitosa desde el abordaje femoral.