



P853. ANOMALÍAS DE LA CONDUCCIÓN Y DEL RITMO CARDIACO DESARROLLADAS DURANTE EL SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1

María Facenda Lorenzo, Julio Salvador Hernández Afonso, José Javier Grillo Pérez, Juan Carlos de León Hernández, Marcos T. Rodríguez Esteban, Rafael Romero Garrido, Marcos Farras Villalba, Estanislao Soriano Vela, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La distrofia miotónica tipo 1 (DM tipo 1) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante en cuya evolución aparecen con frecuencia anomalías de la conducción o del ritmo cardíaco. Nuestro objetivo es valorar si existen cambios del ritmo o conducción durante el seguimiento que justifiquen revisiones periódicas; así como las características de los mismos.

Métodos: Estudiamos 61 pacientes (ptes) con diagnóstico genético de DM tipo 1 (54,1% varones, edad media al diagnóstico 28,17 ± 15,38 años). A todos se les realizó electrocardiograma (ECG) anual y holer cada dos años (salvo que por la clínica o las alteraciones del ECG se requiriese antes). Analizamos la frecuencia cardíaca, intervalo PR, anchura del QRS, intervalo QT corregido (QTc), arritmias supraventriculares (TSV) o ventriculares (TV), disfunción sinusal (DS) y aparición de Bloqueo de 2º o 3º; comparando el ECG inicial con las alteraciones evolutivas objetivadas.

Resultados: La media de seguimiento fue 6,48 ± 4,1 años; (1-20 años). Un 75,9% de los ptes tenían ECG normal al inicio del seguimiento. Al final de éste menos de la mitad de los ptes recogidos (39,7%) tenía estudio electrocardiográfico dentro de la normalidad, objetivándose las siguientes alteraciones electrocardiográficas (%) (tabla).

	BS en ECG	DS	PR ≥ 220 ms	Bloq 2º o 3º	QRS ≥ 120 ms	QTc > valor establecido	TSV	TV
Inicial	12,1	0	13,8	1,7	1,7	1,7	0	0
Final	48,3	6,9	27,6	10,3	8,6	5,2	12,1	5,2

Conclusiones: Los ptes con DM tipo 1 presentan con frecuencia alteraciones electrocardiográficas a lo largo de su evolución por lo que es importante un seguimiento cardiológico estrecho.

P854. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR POR FRECUENCIAS DOMINANTES

María Robledo Iharritu, M.ª Fe Arcocha Torres, José Miguel Ormaetxe Merodio, Jesús D. Martínez Alday, Nora García Ibarrodo, Larraitz Gaztañaga Arantzamendi, M.ª Asunción Martínez San Martín, José M. Aguirre Salcedo, Sección de Arritmias y Electrofisiología del Hospital de Bar-surto, Bilbao (Vizcaya) y Hospital Txagorritxu, Vitoria (Álava).

Introducción: Se presenta una serie de 3 pacientes de edad comprendida entre 45-65 años sin factores de riesgo cardiovascular y en ausencia de cardiopatía estructural por ecocardiografía 2D. Ante fibrilación auricular (FA) paroxística se propone ablación con radiofrecuencia (RDF).

Métodos: El procedimiento se realiza bajo sedoanalgesia, intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva. Se cateteriza seno coronario (SC) vía braquial izquierda, punción transeptal con aguja de Brockenbourg BRK1 con introducción por el mismo orificio los catéteres de ablación y mapeo para realización de angiografía y mapeo de venas pulmonares (VVPP). Mediante sistema de navegación se realiza reconstrucción anatómica de aurícula izquierda y VVPP, y mapa de frecuencias dominantes.

Resultados: En estos 3 casos se encontró la frecuencia dominante máxima (FDM) en VP superior derecha (casos 1 y 2) y VP superior izquierda (caso 3). Durante la administración de RDF y aislamiento de estas 3 venas se objetiva paso a ritmo sinusal (RS) con persistencia de FA dentro de las VVPP con posterior entrada a RS de las mismas. En revisiones posteriores al procedimiento, los 3 pacientes se encuentran asintomáticos y en ritmo sinusal.

Conclusiones: Estos 3 casos sugieren que la ablación con RDF de puntos de FDM puede ser un método alternativo al método convencional de aislamiento de VVPP para la curación a largo plazo de fibrilación auricular. Así mismo muestran casos infrecuentes de permanencia de VVPP en FA con resto de aurícula izquierda en RS y caso excepcional de inducibilidad de FA limitada a una vena pulmonar.

P855. TAQUICARDIAS MACROREENTRANTES DE CICATRIZ QUIRÚRGICA EN AURÍCULA DERECHA: EXPERIENCIA CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Gonzalo Guzzo Merello, Carlos de Diego Rus, Vanesa Bonilla Jiménez, Gema Ballesteros López, Arancha García, Agustín Pastor Fuentes, Ambrosio Núñez Angulo, Francisco García-Cosío Mir, Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Antecedentes: En pacientes con cicatriz quirúrgica auricular derecha (AD) se pueden producir taquicardias macroreentrantales de cicatriz (TMRC), independientes del istmo cavo-tricuspidé (ICT).

Objetivos: Describir los resultados de la ablación por radiofrecuencia (Abl) en este grupo de pacientes.

Métodos: Se usó un catéter de 20-24 polos para registro continuo de secuencia activación de AD y un catéter deflectable para cartografía detallada y Abl. Se usó navegador (Navx[®]) en 3 pacientes. Se construyeron mapas de activación y se encarriló para comprobar ciclos de retorno.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes (5 mujeres), de 47 ± 14 años, operados por cardiopatías congénitas (9) o adquiridas (2). El intervalo desde la cirugía a la Abl fue de 108 ± 99 meses (media ± DE). El ECG mostró flúter (FL) típico en 6 y en 5 atípico o ambos. Se realizaron un 1,9 ± 0,8 estudios/paciente. Todos presentaron FL dependiente del ICT, además de TMRC basalmente o bajo isoproterenol. Se hizo la ablación de ICT y del istmo de TMRC en AD lateral cercano a la cava inferior. La Abl interrumpió la TMRC en 9, mientras que en 2 se interrumpió por presión y se hizo Abl en ritmo sinusal. Tras Abl (2,8 ± 2,7 aplicaciones), no se indujo TMRC en ninguno. En un seguimiento de 51 ± 44 meses (≥ 24 en 9), la TMRC recurrió en 2 pacientes y el FL dependiente de ICT en 3. Se requirió el implante de un marcapasos por disfunción sinusal en 2. En 2 pacientes, hubo FA, uno de ellos presentó muerte súbita bajo propafenona.

Conclusiones: La TMRC se asocia al FL típico. Aunque el resultado inmediato de la Abl de TMRC es excelente, las recidivas por TMRC o FL son frecuentes, requiriendo reAbl. En un seguimiento a largo plazo pueden aparecer otras arritmias auriculares.

P856. VALOR COMPLEMENTARIO DE LA ADENOSINA Y DE LA RADIOFRECUENCIA EN EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES CON CRIO-BALÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Jesús M. Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Isabel Delgado, Miguel Ángel Quiñones Pérez, Unidad de Arritmias/Electrofisiología del Hospital Moncloa, Madrid y Universidad Europea, Madrid.

Introducción: La crío-ablación con balón (CAB) ha demostrado ser efectiva en el aislamiento de las venas pulmonares (VPs). La adenosina (ATP) es capaz de desenmascarar lesiones incompletas. La aplicación puntual de RF pudiera ser útil como complemento en la eliminación de conducción residual.

Métodos: En 25 pacientes se analizaron 97 VPs sometidas a aislamiento circunferencial con CAB. Para su estudio se utilizó un catéter duodecapolar circular. El ostium de las VPs se dividió en 4 segmentos: superior (S), inferior (I), anterior (A) y posterior (P), para ubicar el sitio con conducción residual (CR) en condiciones basales y tras la administración i.v. ATP. Se utilizó RF cuando se identificó CR en uno de los 4 segmentos. Si dos o más segmentos conservaban la conducción otras aplicaciones con CAB fueron realizadas.

Resultados: El bloqueo bidireccional (BB) en condiciones basales y tras la administración de ATP se demostró en 96/97 VPs (99%). En 89/96 VPs (92,7%) se logró BB con CAB y en 7/96 VPs (7,3%) se identificaron 7 segmentos con CR tras CAB, la cual fue eliminada con 12 aplicaciones puntuales de RF (tabla).

VP	Total	VP CR	Segmentos CR	CAB en segmentos CR		N.º RF
				Oclusión III/°C	Oclusión IV/°C	
TCI	3	0	0	-	-	0
SI	22	1	IS	-	-	0
II	22	1	IS	6 (-40)	8 (-76)	1
SD	25	0	-	-	-	2
ID	25	5	1A/1P/1S/2I	18 (-42)	-	8

Conclusiones: Aplicaciones puntuales de RF complementan la CAB en el aislamiento de VPs, eliminando la CR desenmascarada por ATP.