



TAQUICARDIA MACRO-REENTRANTE BIAURICULAR EN PACIENTE CON CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA NO CORREGIDA

DRA SANTISTEVAN NICOLE; DR. GONZALEZ SERGIO; DR CASTELLANOS EVARISTO; DR FERNANDEZ DANIEL; DRA PEÑARANDA CLAUDIA ; DR CASTELLANOS RAMIRO

INTRODUCCION:

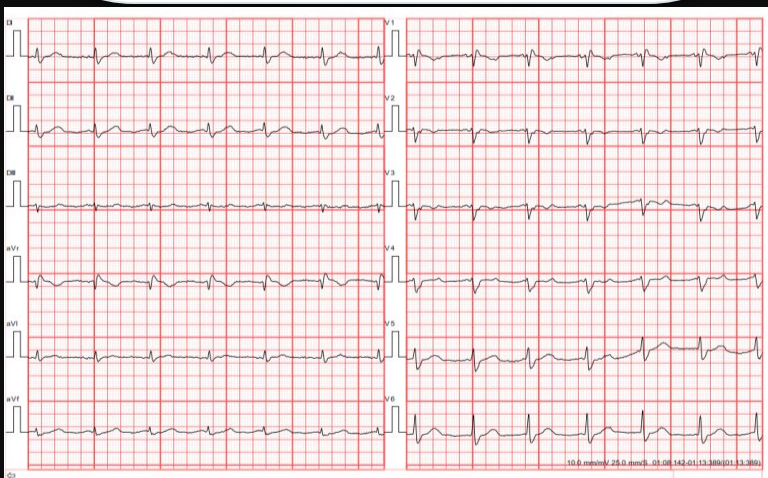
Las arritmias auriculares en pacientes con cardiopatías congénitas pueden estar favorecidas por el remodelado auricular y áreas de fibrosis con conducción lenta. En pacientes con CIA de gran tamaño y repercusión hemodinámica, estas alteraciones pueden constituir el sustrato para taquicardias auriculares macro-reentrantes. El mapeo electroanatómico tridimensional de alta densidad permite caracterizar el circuito y guiar la ablación por radiofrecuencia.

CASO CLINICO:

Paciente de 61 años, con antecedente de CIA tipo ostium secundum no corregida quirúrgicamente de 36 mm con repercusión hemodinámica. Como antecedente arritmico, presenta síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) asociado a episodios de fibrilación auricular (FA) preexcitada, por lo que fue sometido hace 15 años a ablación de una vía accesoria localizada en la región posteroseptal izquierda.

Desde hace aproximadamente 5 años presenta episodio de taquicardia auricular persistente recurrente, con requerimiento de múltiples cardioversiones eléctricas, y refractarias a diversos esquemas de tratamiento antiarrítmico.

Se documenta en ecg taquicardia auricular con conducción AV 2:1, alternando en algunos momentos con fenómeno de Wenckebach.



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: RMN 2023

El ventrículo derecho (VD) dilatado, hipertrófico con función sistólica deprimida FEVD 39%, hipoquinesia global

El ventrículo izquierdo (VI) conservado, función sistólica conservada FEVI60%

Aurículas: dilatación biauricular, con una aurícula derecha severamente dilatada.

CIA tipo ostium secundum, de 36 mm de diámetro, con flujo bidireccional, predominantemente con dirección izquierda-derecha, con repercusión hemodinámica. (Qp/Qs:2.9). Se identifican cuatro venas pulmonares desembocando normalmente en la aurícula izquierda. A pesar de existir un drenaje venoso pulmonar normal, se observa la llegada de las venas pulmonares derechas próximas al defecto del septo interauricular lo que genera que el flujo proveniente de las mismas se dirijan a la aurícula derecha a través de la CIA.

Realce tardío (mesocardico septal, realce en los sitios de inserción del VD, realce auricular)Estos hallazgos fueron interpretados como sugestivos de fibrosis y remodelado cardíaco.

Evalúado en centro de referencia y descartado para cierre quirúrgico. Con cateterismo derecho que informa hipertensión pulmonar moderada y resistencias pulmonares en el límite máximo de lo normal.

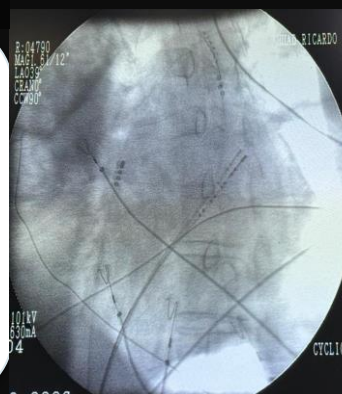
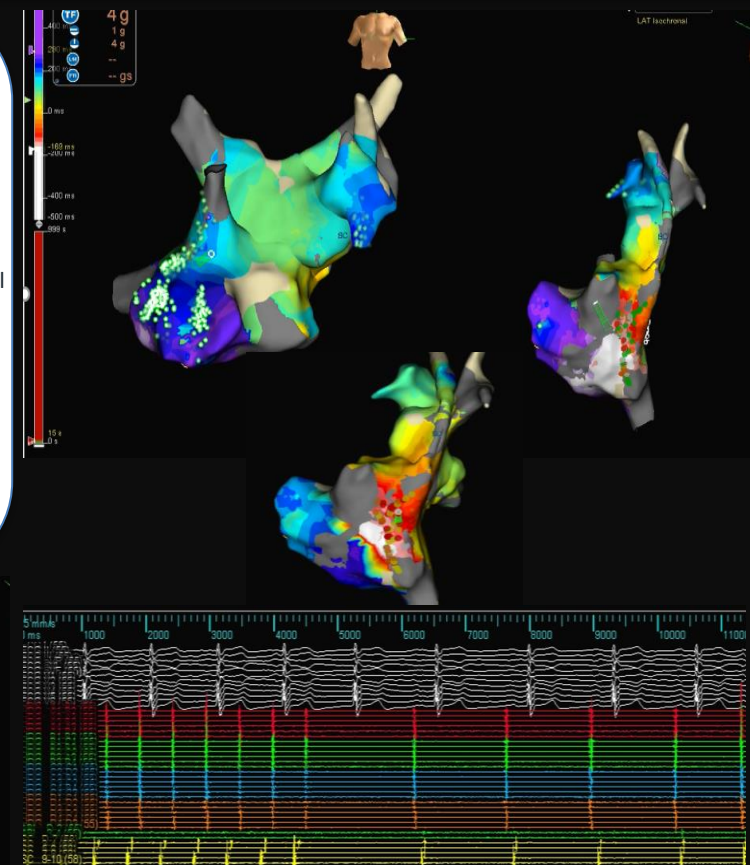
test de oclusión transitoria de la CIA con balón que demuestra severa restricción del ventrículo izquierdo.



RESOLUCION:

Mapeo: Se realizó reconstrucción electroanatómica, activación de ambas aurículas utilizando sistema Ensite precisión 3D y catéter de mapeo alta densidad (HD-GRID). (el acceso a la aurícula izquierda se realizó a través de la CIA preexistente). demostrando TA macro reentrante con giro enlentecido (istmo en región de piso de SC. Se realiza línea de ablación con radiofrecuencia con catéter de punta irrigada y sensor de fuerza de contacto consiguiendo interrupción de las taquicardia y completando línea de bloqueo entre OSC y VCI.

Sin recurrencias a 10 meses de seguimiento, tratamiento farmacológico completo



CONCLUSION:

Las cardiopatías congénitas complejas no corregidas representan un gran desafío en el manejo de sus complicaciones; la ausencia de corrección quirúrgica puede conducir a una evolución desfavorable, en la que procedimientos como la ablación constituyen una alternativa terapéutica paliativa.