

Ablación de taquicardia auricular de aneurisma de la orejuela derecha

Atrial Tachycardia Ablation of a Right Atrial Appendage Aneurysm

GUILLERMO A. CARNERO¹, ROCÍO B. BENITO^{1,✉}, MAURICIO MYSUTA^{1,✉}, MARIEL A. CORREA¹, NÉSTOR O. GALIZIO^{1,✉}, JOSÉ L. GONZÁLEZ¹

La taquicardia auricular (TA) ectópica es una forma relativamente poco común de taquicardia supraventricular, difícil de tratar médicamente. Con la ablación por radiofrecuencia (ARF) se puede tratar con alta tasa de éxito a largo plazo. (1,2)

Los focos tienden a ubicarse en regiones anatómicas características. En la aurícula derecha (AD), estos focos se encuentran a lo largo de la crista terminalis, el anillo tricuspídeo, el ostium del seno coronario y la orejuela derecha (OD). Ésta última es el foco más frecuente en los jóvenes. (1,3)

Los aneurismas de la OD son raros, y más aún los focos de TA provenientes de estos. (4) Hasta la fecha se han notificado menos de 25 casos, y la mayoría han requerido tratamiento quirúrgico (resección de orejuela). La mejor manera de realizar un diagnóstico definitivo de estos casos es mediante imágenes multimodales. (5)

Presentamos el caso de una paciente con TA ectópica refractaria al tratamiento médico, resultante de un aneurisma de la OD, que fue sometida a ARF.

Se trata de una paciente de 25 años, con episodios de palpitaciones esporádicas y disnea. En el ECG Holter: ritmo sinusal predominante, frecuencia cardíaca promedio 133 latidos/minutos (rango 86-179), con episodios de TA. Laboratorio y eco Doppler cardíaco normales. Se la medicó inicialmente con ivabradina 5 mg/12 hs y propranolol 80 mg/8 hs. Sin respuesta al tratamiento médico, se realizó ARF y mapeo tridimensional de TA derecha, guiada por ecocardiografía intracardiaca, con aplicaciones en zona basal y tercio distal de la OD.

A los 9 meses la paciente continuaba sintomática, refractaria a múltiples esquemas de tratamiento médico. En el ECG Holter control, episodios de taquicardia a 177 lpm. Se solicitó angiotomografía cardíaca que evidenció OD de base ancha con su extremo superior en continuidad con la AD. Se procedió con nueva ablación.

Con sistema de navegación tridimensional CARTO 3 System y catéter Pentaray[®] se realizó reconstrucción y mapa de activación de AD, vena cava superior y OD. Se continuó con angiografía de la OD (Figura 1A), la cual se observaba lobulada, de base ancha y con presencia de un aneurisma, de base angosta y cuerpo de alrededor de 3 cm de diámetro, móvil con los latidos. Con utilización de ecocardiografía intracardiaca (Figura 1B) se confirmó dicha anatomía y se guió la ablación. Se realizó mapa de precocidad desde la base del aneurisma hacia el interior, y se evidenció mejor precocidad dentro del mismo (-45 ms). Con catéter irrigado externo Smarttouch SF[®] se realizaron 5 aplicaciones en el interior del aneurisma, sin lograr cortar la taquicardia. Se procedió luego a completar aplicaciones con catéter Freezor[™] Xtra (-80°C) durante 240 segundos en dicha zona, sin evidencia de corte de la taquicardia. Finalmente, se decidió realizar aislamiento eléctrico del aneurisma con catéter de RF, y se evidenció el corte de la TA a los 8 segundos de esta última aplicación (Figura 2). Luego de 30 minutos de observación, se realizó protocolo de estimulación auricular y desde el interior del aneurisma, sin inducción de taquicardia.

A 3 meses de seguimiento posterior al procedimiento la paciente se encuentra asintomática, con ECG Holter de control sin nuevos episodios de taquicardia.

En pacientes con TA ectópica la ablación transcáteter se considera la terapia de primera línea. Aunque la experiencia con esta técnica es limitada, las tasas de éxito son del 80 al 90 %. En nuestro caso, consideramos que el resultado efectivo de la ablación fue gracias al uso combinado del mapeo tridimensional, ecocardiografía intracardiaca y angiografía, lo que permitió que las aplicaciones de RF en conjunto con la crioblación en el sitio de interés logaran el aislamiento eléctrico del aneurisma y con ello la desaparición de la TA.



Fig. 1. A. Radioscopia que evidencia orejuela derecha y aneurisma, con catéter de ablación en su interior. B. Ecocardiografía intracardiaca con vista desde aurícula derecha donde se observa orejuela derecha y aneurisma

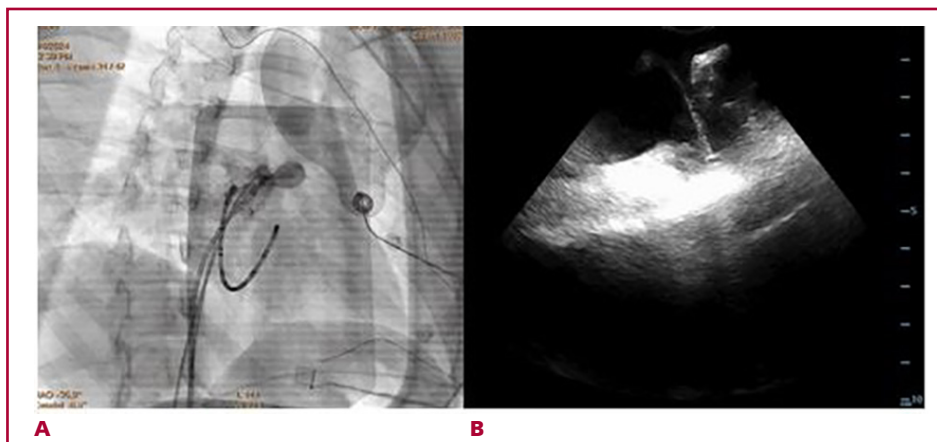


Fig. 2. Mapa de activación con aislamiento de orejuela derecha y corte de la taquicardia durante las aplicaciones.



Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Ver formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

Financiamiento

Este trabajo no contó con financiamiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Kistler PM, Roberts-Thomson KC, Haqqani HM, Fynn SP, Singarayar S, Vohra JK, et al. P-wave morphology in focal atrial tachycardia: development of an algorithm to predict the anatomic site of

origin. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:1010-7. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.03.058>

2. Mizui S, Mori K, Kuroda Y. Ectopic atrial tachycardia due to aneurysm of the right atrial appendage. *Cardiol Young* 2001;11:229-32. <https://doi.org/10.1017/S1047951101000178>

3. Bokhari F, Alqurashi M, Raslan O, Alama N. Right atrial appendage tachycardia: A rare cause of tachycardia induced cardiomyopathy with successful radiofrequency ablation using the 3D mapping system. *J Saudi Heart Assoc* 2013;25:265-71. <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2013.04.002>

4. Kanaya T, Nishigaki K, Yoshida Y, Nakamura Y, Murakami Y, Suzuki T. Ectopic atrial tachycardia originating from right atrial appendage aneurysms in children: Three case reports. *Heart Rythm Case Rep* 2017;4:2-5. <https://doi.org/10.1016/j.hrcr.2017.10.010>

5. Bachani N, Jadwani J, Joshi S, Panicker GK, Lokhandwala Y. Right atrial Appendage Aneurysm with Intractable Atrial Tachycardia. *IHJ Cardiovascular Case Reports (CVCR)* 2019;3:108-111. <https://doi.org/10.1016/j.ihjccr.2019.12.009>