

DEPARTAMENTO CARDIOVASCULAR
LABORATORIO DE ELECTROFISIOLOGÍA

PACIENTE: CARLOS ALBERTO CHANDIA SCHUFFENEGER
EDAD: 33

RUT: 17202744-K

NHC: 692485

PROCEDIMIENTO ELECTROFISIOLOGÍA

Nombre del Procedimiento

Estudio electrofisiológico y ablación con radiofrecuencia

Fecha del Procedimiento

26-10-2022

Historia

Paciente sin antec. CVs previos.

Desde hace unos 10 años presenta episodios de palpitaciones de comienzo y término súbito, sin gatillante definido, que duraban generalmente menos de 1 min. y cedían espontáneamente o con maniobras de Valsalva.

Aprox. 1 año atrás mientras nadaba presenta nuevo episodio que no cede con maniobras y duró unos 45min. Al llegar a SU convirtió espontáneamente sin lograr documentarse x ECG.

Vida normal, sin limitación funcional. Practica deporte regularmente (actualmente se preparaba para triatlón)

No ha recibido fármacos.

Tiene ECG y TE normales y Holter sin alts. significativas.

Es derivado por el Dr. F. Cárdenas desde Hospital Naval.

Descripción del Procedimiento

Cefazolina 1 gr. IV.

Bajo anestesia local se realiza punción venosa femoral derecha doble por la se introducen 2 electrodos, 1 decapolar a seno coronario y otro de mapeo y ablación (Mariner XL de Medtronic) que se moviliza en cavidades derechas.

Ritmo sinusal de base 54/min, ECG es normal. Intervalo AH 84 ms y HV 37ms.

Pacing ventricular: compatible con vía accesoria izqda. Conducción retrógrada no decremental, más precoz en seno coronario distal, 1x1 hasta 370 ms. Periodo refractario retrógrado de la vía accesoria a 600ms es de al menos 370 ms. En este ciclo se induce taquicardia regular de complejo angosto de 152/min. concordante con vía lateral izqda.

Pacing auricular : Conducción AV 1x1 x el NAV hasta 350 ms. Periodo refractario anterógrado del NAV 600/290ms.

Hay fácil inducción de TPSV con distintos protocolos y cede espontáneamente o con EEP.

No se observó preexcitación ventricular.

Ablación con radiofrecuencia: se punciona arteria femoral derecha por la que se introduce el catéter de ablación Mariner XL de Medtronic, hasta ventrículo izquierdo, retrogradando la válvula aórtica. Luego de punción arterial se administró 5000 U de heparina. Durante pacing ventricular y taquicardia se localiza potencial VA fusionando en región lateral del surco AV.

Durante pacing ventricular a 600ms se aplica RF a 70°/40 W obteniendo interrupción de la conducción retrógrada de la vía a los 2 segundos observándose luego disociación VA. La RF se mantuvo por 90 seg, con temperatura estable en 58-60 grados y se aplicó un refuerzo de 30 segs movilizándolo discretamente el catéter de ablación en zonas inmediatamente vecinas al sitio de ablación exitoso.

Posterior a esto, y observando al paciente durante 15 minutos no hay reaparición de conducción VA ni taquiarritmias inducibles.

Retiro de vainas y compresión en sitios de punción.

Procedimiento sin incidentes y bien tolerado.

Traslado a su pieza en buenas condiciones

Asenjo

Conclusiones

tpsv ortodrómica por vía accesorial oculta lateral izqda.

Ablación exitosa de vía accesoria

Firmado: ARTURO RENE ASENJO GONZALEZ (RUT:5806807-1)

Dr. Carlos Lorca Tobar 999 (Ex Santos Dumont) - 3° Piso Sector D - Independencia - Santiago
Teléfono: 22978 8357

HOSPITAL CLINICO **RED**
UNIVERSIDAD DE CHILE
HCUCH ☎ 2 978 8000 www.redclinica.cl