



Fig. 1.

Bloqueo auriculoventricular reflejo, transitorio, durante la ablación de la fibrilación auricular

Una paciente de 55 años con una historia de 5 años de evolución de episodios de fibrilación auricular (FA) solitaria, refractaria a múltiples fármacos antiarrítmicos, fue sometida a un procedimiento de aislamiento de las venas pulmonares. Se cartografiaron las 4 venas mientras se producían breves episodios de FA y se identificó el posible foco arritmogénico en la vena pulmonar superior izquierda (VPSI). En la figura 1 se observa el registro de las derivaciones electrocardiográficas I y V1, así como los electrogramas obtenidos en la VPSI, el seno coronario (SC) y el catéter de ablación (Abl) situado en el *ostium* de la VPSI. Durante estimulación auricular desde el SC (A) se realizó una aplicación de radiofrecuencia (RF), desarrollándose un bloqueo auriculoventricular (AV) de alto grado (B),

reflejo y transitorio, que ocasionó un síncope a la paciente. La aplicación de RF no se interrumpió hasta 2,7 s después del latido de escape ventricular.

El mecanismo del bloqueo AV de alto grado está en relación con la producción de reflejos vagales al aplicar energía en algunas regiones de la aurícula izquierda, principalmente la pared posterior y las zonas adyacentes a las venas pulmonares, que contienen numerosas terminaciones nerviosas parasimpáticas. La eliminación de la inervación parasimpática ha sido propuesta como uno de los posibles mecanismos por los que la ablación de la fibrilación auricular puede ser eficaz. De hecho, en algunas series, la aparición de bradicardia y bloqueo AV se ha asociado con una mayor efectividad del procedimiento de ablación.

Miguel A. Arias, Rafael Peinado y José L. Merino
 Unidad de Arritmias. Unidad Médico-Quirúrgica de Cardiología.
 Hospital La Paz. Madrid. España.