

^b *Oncología Radioterápica, Unidad de Gestión Clínica de Oncología Integral, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

^c *Unidad de Cuidados Intensivos. Unidad de Gestión Clínica Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

^d *Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla/CSIC. Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: juanjoegea@hotmail.com, juanj.egea.sspa@juntadeandalucia.es (J.J. Egea-Guerrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.05.001>

Respuesta a «Bloqueo completo auriculoventricular secundario a radioterapia: papel de las vías accesorias»

Response to «Complete atrioventricular block secondary to radiotherapy: Role of accessory pathways»

Sr. Director:

Agradecemos el interés en nuestra carta¹ que los firmantes del comentario han mostrado, y a usted mismo y al Comité Editorial de *MEDICINA INTENSIVA* la oportunidad de responder a él.

Por una parte, estamos de acuerdo en que los procedimientos de ablación son causa de bloqueo auriculoventricular (AV) yatrógeno², siendo sin embargo, una complicación poco frecuente. En el último Registro Español de ablación con catéter del año 2011 publicado por la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología, de un total de 1.813 procedimientos de ablación de vías accesorias se produjo bloqueo AV con necesidad de marcapasos definitivo en 4 casos³. En nuestro paciente como ya argumentamos existen una serie de datos que apoyan la relación entre el bloqueo AV y la radioterapia, y no consideramos la ablación entre las posibles causas del bloqueo AV, dado que ocurrió 4 años después de la ablación y, además, en este caso se trataba de una vía posterolateral izquierda que está alejada del sistema de conducción normal como para considerar esta posibilidad. Esta complicación se ha descrito fundamentalmente cuando la localización de la vía accesoria es perihisiana o medioseptal, habiéndose propuesto la utilización de crioablación en vez de radiofrecuencia para minimizar el riesgo⁴.

Por otra parte, en nuestro paciente no se realizó un estudio electrofisiológico (EEF) exhaustivo, sino que directamente se procedió a la ablación de la vía accesoria. No creemos que la realización de un estudio electrofisiológico exhaustivo en este caso hubiese cambiado la actitud terapéutica y evolución posterior, ya que nuestro paciente estaba muy sintomático por episodios de palpitaciones secundarios a taquicardia ortodrómica mediada por vía accesoria, lo cual se considera una indicación clase I para ablación⁵ según las guías europeas y americanas, y no había otra alternativa. Nuestro paciente no había presen-

tado ningún episodio sincopal previo que hiciese sospechar de un trastorno de conducción en el momento de realizarse la ablación y, además, en caso de vías accesorias con buena capacidad de conducción, es posible que no se manifestase el bloqueo durante el EEF, sino solo después de la ablación de la vía accesoria. Además, presuponer que la vía accesoria sería suficiente para suplir la demanda crono-trópica de un varón joven requeriría una conducción anterógrada por la vía que fuese excepcional, lo que incrementa el riesgo de fibrilación auricular preexcitada y muerte súbita.

Bibliografía

1. Garcipérez de Vargas FJ, Gómez-Barrado JJ, Sánchez-Calderón P, Lezcano-Gort LE, Ortiz C, Mendoza J. Complete atrioventricular block secondary to radiotherapy. *Med Intensiva*. 2013;37:211–2.
2. Hindricks G. The Multicentre European Radiofrequency Survey (MERFS): Complications of radiofrequency catheter ablation of arrhythmias. The Multicentre European Radiofrequency Survey (MERFS) investigators of the Working Group on Arrhythmias of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 1993;14:1644–53.
3. Díaz-Infante E, Macías Gallego A, Ferrero de Loma-Osorio Á. Registro Español de Ablación con Catéter. XI Informe Oficial de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología (2011). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:928–36.
4. Gaita F, Haissaguerre M, Giustetto C, Grossi S, Caruzzo E, Bianchi F, et al. Safety and efficacy of cryoablation of accessory pathways adjacent to the normal conduction system. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2003;14:825–9.
5. Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM, Alpert JS, Calkins H, Camm AJ, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias-executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology committee for practice guidelines (writing committee to develop guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias) developed in collaboration with NASPE-Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42:1493–531.

F.J. Garcipérez de Vargas*, R. Porro, J.J. Gómez-Barrado y G. Marcos

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fj.garci@hotmail.com (F.J. Garcipérez de Vargas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.07.010>