



**SEC 2019 - El Congreso de las Enfermedades
Cardiovasculares**

**Barcelona,
17-19 de octubre de 2019**



6003-52 - RECURRENCIAS CLÍNICAS TARDÍAS DE LA ARRITMIA EN PACIENTES TRATADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR CON CRIOABLACIÓN CON CATÉTER-BALÓN. ONCE AÑOS DE ANÁLISIS RETROSPECTIVO. EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

Jesús Manuel Paylos González¹, Clara Ferrero Serrano², Yasser Hessein Abdou¹, Erich Jurgen Heim¹, Elena Mejía Martínez¹, Carmen Martínez Cilleros¹, Raquel Yagüe Águeda¹, Teresa García Delange², M. de los Reyes Oliva Encabo¹, Ildelfonso del Campo Sánchez¹, Abdel Raziq Jaber Ismail¹, Aranzazu Villasante de la Puente¹ y Assia Litcheva Gueorgieva¹, de la ¹Unidad de Arritmias y ²Unidad de Arritmias, Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca, Hospital Universitario HLA Moncloa, Universidad Europea Madrid, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La técnica de crioablación con catéter-balón (CB) ha demostrado ser eficaz y segura para tratar pacientes con fibrilación auricular (FA), consiguiendo un aislamiento eléctrico circunferencial de las venas pulmonares (VP) de la aurícula izquierda (AI). Sin embargo, se han descrito tasas significativas de recurrencias tempranas por reconducción AI-VP. Analizamos retrospectivamente 11 años en nuestra serie de pacientes tratados por FA paroxística (FAP) o persistente de larga duración (FAPER), la incidencia y las características de las recurrencias clínicas tardías de la arritmia (RT).

Métodos: Un total de 371 pacientes (267 H/104 M) que sufrían FA (225 FAP/146 FAPER) fueron tratados con CB en un intento de curar la arritmia. Se definió la RT por aparición de la arritmia un año después del periodo de *blanking*, con correlación clínica y documentación ECG, más de 10 minutos estable.

Resultados: Veintitrés pacientes (6,2%) (56 ± 12 años; 20 H/3 M) cumplieron estos criterios. Tiempo inicial de la arritmia: $4,5 \pm 4$ años (1-15). Tiempo de aparición de RT: 27 ± 14 meses (16-50). Todos los pacientes se sometieron a un segundo procedimiento (REDO). En el grupo de FAP, 14 pacientes (82,5%) de los 17 mostraron reconducción de sus VP y 50% en el grupo de FAPER. La hipertensión arterial (HTA) fue un factor común de riesgo asociado con RT en pacientes con FAP (76,5%) y FAPER (83,3%). En el seguimiento de 28 ± 23 meses (9-69) después de REDO, 7 pacientes PAF (41,2%) permanecen en ritmo sinusal (RS) sin medicación, 3 aún están en el periodo de *blanking* y en los otros 4, la arritmia recurrió de nuevo. En el grupo FAPER, 3 pacientes (50%) con RT y VP aisladas, permanecen en RS con medicación; en los otros 3 pacientes, la arritmia recurrió de nuevo con VP aisladas, quedando en RS con medicación. Los datos morfológicos y estructurales se muestran en la tabla.

AI	VP	TCI	TCD	FEVI
Diámetros (mm)	62	6	0	

FAP						
17 pacientes	AP	39 ± 5 (29-47)	20 ± 3 (14-26)	25 ± 5 (19-31)		
(57 ± 12 años)	SI	51 ± 5 (43-60)	21 ± 4 (12-27)	30 ± 3 (28-35)		
14H/3M						68 ± 8% (55-76)
No CE	LAT	40 ± 5 (31-47)				
		AI/AREA(cm ²) 20 ± 3 (15-24)				
FAPER			VP	TCI	TCD	FEVI
6 pacientes	Diámetros AI (mm)		21	2	1	
(64 ± 6 años)	AP	43 ± 4 (40-50)	22 ± 4 (14-28)	28 ± 4 (25-31)	33	
Todos H	SI	56 ± 5 (50-62)	21 ± 3 (14-27)	35 ± 2 (34-37)	34	66 ± 5% (60-70)
No CE	LAT	43 ± 7 (33-49)				
		AI/AREA (cm ²) 24 ± 5 (17-30)				

TCI: tronco común izquierdo; TCD; tronco común derecho; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; FAP: fibrilación auricular paroxística; FAPER: fibrilación auricular persistente; CE: cardiopatía estructural.

Conclusiones: 1. La causa más importante de RT tras CB es la reconducción eléctrica AI-VP en el 82,5% de pacientes con FAP. 2. La reconducción de AI-VP y el proceso de remodelado auricular desempeñan un papel similar (50%) en la recurrencia de la arritmia clínica en pacientes con FAPER. 3. La HTA se asocia con una mayor tasa de RT, incluso en pacientes con aislamiento eléctrico completo de su VP demostradas.



6003-51 - ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DURANTE LA CRIOABLACIÓN POR CATÉTER-BALÓN DE LAS VENAS PULMONARES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ANÁLISIS DE SUS POSIBLES CAUSAS, INCIDENCIAS Y FORMA DE PROCEDER

Jesús Manuel Paylos González¹, Clara Ferrero Serrano², Yasser Hessein Abdou¹, Erich Jurgen Heim¹, Elena Mejía Martínez¹, Carmen Martínez Cilleros¹, Raquel Yagüe Águeda¹, Teresa García Delange², M. de los Reyes Oliva Encabo¹, Ildelfonso del Campo Sánchez¹, Abdel Raziq Jaber Ismail¹, Aránzazu Villasante de la Puenta¹ y Assia Litcheva Gueorgieva¹, de la ¹Unidad de Arritmias y ²Unidad de Arritmias, Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca, Hospital Universitario HLA Moncloa, Universidad Europea Madrid, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La crioablación con catéter-balón (CB) de las venas pulmonares (VP) es un método seguro y eficaz en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA), con bajo porcentaje de complicaciones. Sin embargo, algunas complicaciones de etiología incierta, no esperadas o previsibles, y potencialmente graves, pueden ocurrir, requiriendo intervención inmediata para resolverlas sin mayor repercusión para el paciente, tales como, la elevación brusca del segmento ST durante la intervención.

Métodos: De abril 2013 a abril de 2019, un total de 371 pacientes con FA, fueron tratados con CB para conseguir aislamiento eléctrico completo de sus VP. Veintidós pacientes (5,6%), 8M (36%) 61 ± 9 años, y 14H (70%), 57 ± 9 años, presentaron bruscamente elevación del segmento ST durante el procedimiento, e hipotensión secundaria, requiriendo medidas inmediatas, para resolver la situación, incluyendo nitroglicerina (NTG) i/v y perfusión de volumen, continuando la intervención. En los 3 primeros casos, se realizó coronariografía urgente, concomitantemente con el inflado del CB para analizar correlación de proximidad anatómica y posible vasoespasmo (VSP) por frío.

Resultados: No se pudo demostrar VSP, en los 3 casos que se realizó coronariografía urgente, pues la perfusión inmediata de NTG, normalizó el segmento ST en tiempo antes de acceder al lecho arterial coronario, que se mostró sin lesiones y la distancia evidenciada anatomorradiológicamente, con el balón inflado y las arterias coronarias, induciría a pensar, poco probable VSP reflejo por contigüidad. Los otros 19 casos se resolvieron también de forma inmediata, con NTG y volumen, y se pudo continuar con los procedimientos. En 2 casos, la elevación del segmento ST se produjo al desinflar el balón.

Conclusiones: Aunque la posibilidad de VSP local inducido por contigüidad, o por el propio enfriamiento de la sangre durante la aplicación de frío, no puede descartarse categóricamente, y la propia elevación del segmento ST puede ser evidente en el ECG con un decalaje en el tiempo en relación con el frío local, en 4 pacientes esta observación ocurrió transcurrido un tiempo significativo, entre el abordaje de una vena y otra, sin aplicación de frío, con lo que hipotetizamos

sobre una mayor posibilidad técnica, en relación con microburbujas en el sistema durante el procedimiento y con mayor incidencia cuando lo realizan diferentes operadores.