

PROGRAMA FINAL

sec EL CONGRESO DE
LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
24/26 OCTUBRE
VALENCIA **2013**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

Incluye Programa por Áreas de Conocimiento:

Arritmias y Estimulación Cardíaca

Cardiopatía Isquémica y Cuidados Críticos

Diagnóstico por la Imagen

Hemodinámica e Intervencionismo

Insuficiencia Cardíaca y Cardiología Clínica

Riesgo Cardiovascular y Rehabilitación

Y además...

Investigación y Docencia

Enfermería Cardiovascular

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

4022-5 - CARACTERÍSTICAS DE LA RECONDUCCIÓN DE LAS VENAS PULMONARES EN LAS RECURRENCIAS CLÍNICAS DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA EN PACIENTES TRATADOS POR CRIOABLACIÓN CON CATÉTER-BALÓN

Jesús M. Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Miguel A. Gómez Marino, Aracelis Morales Hernández, Vicente Gómez Tello, Manuel Rayo Gutiérrez y José Ramón Conesa Ramírez del Laboratorio de Electrofisiología-Unidad de Arritmias, Hospital Moncloa, Madrid.

Resumen

Introducción: La utilización de crioenergía mediante catéter-balón (CB), ha demostrado ser eficaz en la desconexión eléctrica de las venas pulmonares (VP) de la aurícula izquierda (AI), en pacientes con fibrilación auricular paroxística (FAP). Sin embargo, tasas de recurrencia clínica significativas, han sido descritas, cuando se utiliza solo este método y fuente de energía. Analizamos las características anátomo-electrofisiológicas de la lesión tras el aislamiento inicial agudo y su correlación con las recurrencias clínicas en segundos procedimientos (REDO).

Métodos: Se analizaron 278 VP, incluyendo 10 troncos comunes (TC), de 72 pacientes, sometidos a crioablación con CB de 28 mm y mapeadas con un catéter circular de 20 polos de diámetro ajustable, en la unión VP-AI, dividiendo la misma en 4 segmentos: superior (S), inferior (I), anterior (A) y posterior (P), para ubicar el sitio de la reconducción. El aislamiento eléctrico agudo VP-AI se obtuvo con oclusiones completas y temperatura media ≥ -50 °C.

Resultados: Un total de 36 VP (13%), recondujeron: 21 (7,5%) basalmente tras el aislamiento agudo y 15 de las 257 (6%), tras adenosina, con localización en diferentes segmentos (tabla), finalmente aisladas con RF. En un seguimiento de 777 ± 454 días, 10 pacientes (13,8%), presentaron recurrencias clínicas, 8 (11%) a los 4 meses, 1 (1,4%) a los 10 meses y 1 (1,4%) a los 40 meses respectivamente del procedimiento y 8 fueron REDO. No hubo diferencias significativas en el tamaño de la AI, en el grupo de recurrencias vs no recurrencias, ni en el tamaño de las VP (tabla). De las 31 VP de los 8 REDO, 16 VP (51,6%) recondujeron: VPSI 6 casos (75%), VPII 3 casos (37,5%), VPSD 2 casos (25%), VPID 4 casos (50%) y TC 1 caso (12,5%). Cuatro (50%), de los 8 REDO, presentaron reconducción en el procedimiento basal. La reconducción en todas las VP en los REDO, ocurrió en segmentos diferentes a su localización basal.

Recurrencias clínicas				NS	Recurrencias			
No recurrencias					Recurrencias			
(Media/Diámetros)					(Media/Diámetros)			
A.I. (mm)		V.P. (mm)			A.I. (mm)		V.P. (mm)	
AP	37 ± 6	SI	20 ± 4	AP	37 ± 6	SI	18 ± 3	
LAT	48 ± 8	PA	18 ± 4	LAT	49 ± 10	PA	19 ± 6	
SI	55 ± 7	-	-	SI	53 ± 7	-	-	

Reconducción 1 ^{er} procedimiento							REDO			
VP	Basal			Tras adenosina			2 ^o procedimiento			
	Segmentos						Segmentos			
	S	I	A	S	I	A	S	I	A	P
SI	-	-	-	1	1	-	3	3	2	1
II	1	-	1	1	1	3	2	1	1	2
SD	-	-	3	-	-	1	1	2	1	1
ID	1	2	1	6	1	2	4	2	3	2
TC	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-

Conclusiones: La aplicación de crioenergía con CB no produce una lesión circunferencial homogénea en todas las VP, en posible relación con su forma, tamaño y grosor de su pared, en la zona de mayor contacto CB-VP, resultando en reconducciones aleatorias en cualquier segmento de la vena, no relacionadas con la conducción residual basal observada durante el aislamiento agudo.