



SEC 2011 - El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares

Maspalomas (Gran Canaria),
20-22 de octubre de 2011

P848. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CRIO-ABLACIÓN CON CATÉTER-BALÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Jesús M. Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Isabel Delgado Malo, Araceli Morales Hernández, Vicente Gómez Tello y Miguel A. Gómez Marina del Hospital Moncloa, Unidad de Arritmias, Laboratorio Electrofisiología de la Universidad Europea de Madrid.

Introducción: De noviembre 2008 a marzo 2011, 39 pacientes sin cardiopatía estructural, con fibrilación auricular paroxística (FAP) muy recurrente, sintomática y refractaria a tratamiento médico fueron tratados con crío-ablación con catéter-balón (CAB) para aislar eléctricamente sus venas pulmonares (VPs) y evaluado su seguimiento crónico entre 3 y 29 meses sin medicación.

Métodos: 151 VPs incluyendo 5 troncos comunes izquierdos fueron aisladas con el catéter-balón de 28 mm (Artic Front Cryocath) y utilizando un catéter circular de 20 polos con diámetro ajustable (St. Jude Reflexion Spiral) para mapeo y cartografía. Bloqueo bidireccional (BB) basal agudo se demostró en 146/151 (97%) VPs. Reconducción aguda tras adenosina (ATP) ocurrió en 12/151 (7,9%). Conducciones residuales (CR) fueron eliminadas con aplicaciones puntuales de RF, incluyendo 2 conexiones extrapulmonares, consiguiéndose aislamiento completo agudo en el 100% de las VPs. TAC basal de VPs y a los 30, 90, 180 días y 1 año, se incluyó en el protocolo inicial y seguimiento. Toda medicación fue suspendida a los 3 meses post-ablación y valorado el seguimiento a partir de este periodo de tiempo.

Resultados: En un seguimiento de 440 ± 261 días, 36 pacientes (92,3%) permanecen asintomáticos, en ritmo sinusal. Hubo 3 recurrencias clínicas (7,7%) al suspender la medicación que fueron sometidas a un 2º procedimiento, demostrándose reconducción en 6 VPs en diferentes segmentos del basal (paciente 1: 1 VP/paciente 2: 2 VPs/paciente 3: 3 VPs), finalmente aisladas con demostración de BB basal y tras ATP. Los 3 pacientes permanecen sin arritmia a los 3, 4 y 6 meses. Ninguna estenosis pulmonar en el seguimiento.

Conclusiones: La CAB es un método extraordinariamente eficaz para aislar eléctricamente las VPs de la aurícula izquierda en pacientes con FAP. La eficacia del método se incrementa con protocolo pormenorizado de demostración de BB basal y tras ATP. Dado que la lesión producida no es homogénea en todas las venas, dependiendo de su tamaño y anatomía, CR puede ocurrir incluso, con oclusiones completas. Demostración de BB y el uso rutinario de ATP, permite identificar lesiones incompletas con tejido dormido parcialmente lesionado no evidente en condiciones basales. Eliminación puntual de estas CR con RF, incrementan sensiblemente el resultado a largo plazo en la curación definitiva de los pacientes con FAP.

P849. IMPACTO DE LA EXISTENCIA DE LA EXISTENCIA DE CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL EN LA RESTAURACIÓN DEL RITMO SINUSAL DE LOS EPISODIOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO (ESTUDIO RHYTHM-AF-ESPAÑA)

Alfonso Martín Martínez¹, Eva Ruiz Ruiz², M^a Ángeles Lecina Esteban³, Oscar Álvarez López⁴, Aitor Alquezar Arbé⁵, Francisco Ruiz Romero⁶, Laura Velázquez Arjona⁷ y M^a Teresa Caloto González⁸ del ¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, ²Multicentro (en toda España) y ³MSD España, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La existencia de cardiopatía estructural (CE) puede influir en el proceso de decisión de la cardioversión (CV) de la fibrilación auricular (FA) en la fase aguda, pero la información sobre su importancia en la práctica diaria es escasa. Este estudio analiza el impacto de la existencia de CE en la realización y resultados de las estrategias de restauración del ritmo sinusal (RS) en la FA de reciente comienzo.

Métodos: Estudio multicéntrico y observacional realizado en 52 servicios de urgencias hospitalarias de España. Durante 5 semanas se incluyeron pacientes adultos con FA de reciente comienzo (< 48h desde inicio de los síntomas) o FA persistente (correctamente anticoagulados 3 semanas), confirmada mediante ECG. Se recogieron variables clínicas y de manejo de la FA. El estudio fue aprobado por el CEIC y se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes incluidos.

Resultados: Se incluyeron 592 pacientes (edad media: 66 años (DE 15), 53% eran varones), 36% con CE [las más prevalentes fueron: cardiopatía isquémica 18%, valvulopatía 17%; miocardiopatía: 10,5% e insuficiencia cardíaca crónica: 10%]. Se planificó la CV en el 72% de los pacientes con CE y en el 85% sin ella (p < 0,001); finalmente se intentó la CV al 58% y al 72% respectivamente (p = 0,01). Entre los pacientes en los que se intentó la restauración del RS, la presencia de CE modificaba el uso de las diferentes alternativas de tratamiento: para pacientes sin o con CE, la cardioversión eléctrica se utilizó en el 10% y 20% (p = 0,006) respectivamente, flecaínida en el 49% y 16% (p < 0,001) y amiodarona en un 46% y 74% (p < 0,001) respectivamente. El porcentaje de éxito de la CV fue mayor en pacientes sin CE comparado con los pacientes con CE (p = 0,02) aunque al estratificar por fármaco esta diferencia deja de ser estadísticamente significativa, con amiodarona 65% frente a 60% respectivamente (p = 0,55) y con flecaínida, 86% y 72% (p = 0,16) respectivamente.

Conclusiones: La existencia de CE es un factor decisivo en la restauración del RS de los episodios de FA de reciente comienzo. Parece que hay margen de mejora en la actual selección de estrategias para la restauración del RS para pacientes con CE, ya que se utilizan fármacos del grupo IC y la CV eléctrica se utiliza muy poco. Estos datos ilustran áreas de mejora para incrementar la adecuación y efectividad del control del ritmo en la fase aguda.

Intento de cardioversión en función de presencia o no de cardiopatía estructural

	Pacientes susceptibles de intentar revertir a RS (n = 592)			
	Con cardiopatía estructural (n = 212)		Sin cardiopatía estructural (n = 380)	
	CV planeada n = 153 (72,2%)	CV no planeada n = 59 (27,8%)	CV planeada n = 325 (85,5%)	CV no planeada n = 55 (14,5%)
Sin CV	30 (19,6%)	59 (100%)	53 (16,3%)	55 (100%)
CVF	98 (79,7%)	0	245 (90,1%)	0
CVE	13 (10,6%)	0	7 (2,6%)	0
CVF+CVE	12 (9,8%)	0	20 (7,4%)	0

CVF: cardioversión farmacológica; CVE: cardioversión eléctrica.