



4001-3. ESTABILIZACIÓN DE TAQUICARDIAS AURICULARES REENTRANTES INESTABLES MEDIANTE ABLACIÓN DE REGIONES CON ACTIVIDAD ELÉCTRICA CONTINUA (ESTUDIO CHAOS)

Eduardo Franco Díez, Cristina Lozano Granero, Roberto Matía Francés, Antonio Hernández Madrid, Inmaculada Sánchez Pérez, José Luis Zamorano Gómez y Javier Moreno Planas

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Hemos probado una estrategia para convertir taquicardias auriculares (TA) reentrantes inestables (con cambios de circuito continuos o paso a fibrilación auricular) en TA estables (y, por tanto, mapeables) basada en la identificación y ablación de rotores.

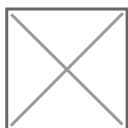
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes consecutivos sometidos a ablación de TA reentrante desde mayo-2017 hasta diciembre-2019, excluyendo flúter istmo-dependiente. En los pacientes con TA inestables, los operadores identificaron rotores de forma subjetiva como regiones con actividad eléctrica fragmentada continua (o cuasicontinua) en 1-2 dipolos adyacentes de catéteres de mapeo de alta densidad (IntellaMap ORION, PentaRay NAV o Advisor HD Grid), sin utilizar *software* dedicado (fig. A). Se realizó ablación focal de estas regiones con el objetivo de estabilizar la TA o conseguir terminación a ritmo sinusal. En pacientes sin rotores o ablación de rotores fallida, se identificaron y ablacionaron regiones con dispersión espaciotemporal (toda la longitud de ciclo comprendida en el catéter de mapeo) + fraccionamiento (fig. B). El éxito del procedimiento se definió como la ablación exitosa de todas las TA inducibles, sin necesidad de cardioversión, y ritmo sinusal final. Seguimiento con visitas y Holter ECG de 24h a los 3-6-12 meses.

Resultados: 97 Pacientes totales sometidos a ablación; 18 con circuitos inestables (tabla). De estos 18 pacientes, 13 (72%) presentaron rotores (26 rotores; mediana 2 [1-3] rotores/paciente); la ablación focal consiguió estabilización de la TA o paso a ritmo sinusal en 12 (92%). En el otro paciente, y en los 5 pacientes sin rotores, se identificaron y ablacionaron 17 regiones con dispersión espaciotemporal, con éxito en 5 pacientes (83%). Excluyendo un paciente con estabilización espontánea de la TA durante el procedimiento, la ablación tuvo éxito para estabilizar (o finalizar) la TA en 16/17 pacientes (94,1%). Éxito del procedimiento: 16/18 pacientes (88,9%). Supervivencia libre de arritmias auriculares al año: 66,7%. En los 79 pacientes con TA estables, el éxito del procedimiento (92,4%) y la supervivencia libre de arritmias (65,8%) fueron similares (fig. C).

Comparación entre las características clínicas basales de los pacientes con TA reentrantes inestables y estables sometidos a ablación en nuestro centro durante el periodo de inclusión

	Pacientes con TA inestables (n = 18)	Resto de pacientes (TA mapeables) (n = 79)	P
Edad (años)	72,1 ± 8,9	70,5 ± 9,0	0,514
Mujeres (%)	9 (50%)	45 (57%)	0,610
FEVI (%)	58 [54-61]	64 [55-71]	0,023
Volumen indexado de aurícula izquierda (ml/m ²)	36,6 ± 11,9	45,8 ± 17,4	0,038
Cardiopatía estructural significativa	9 (50%)	43 (54%)	0,797
Historia de fibrilación auricular	11 (61%)	38 (48%)	0,435
Ablaciones previas	11 (61%)	35 (44%)	
Venas pulmonares	5 (28%)	18 (23%)	
Istmo cavotricuspidéo	6 (33%)	19 (24%)	0,296
Otras TA reentrantes	3 (17%)	7 (9%)	
Cirugía cardiaca previa	4 (22%)	22 (39%)	0,772

Los datos se muestran como media ± desviación típica, mediana [rango intercuartílico] o número (porcentaje) según sea apropiado. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



Conclusiones: La mayoría de TA reentrantes inestables presentan rotores identificables, cuya ablación es altamente eficaz para estabilizar la TA o conseguir su finalización a ritmo sinusal.