Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 392

Revista Española de Cardiología

6020-10. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL AISLAMIENTO DE LA OREJUELA IZQUIERDA MEDIANTE CRIOABLACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Irene Esteve Ruiz, María Teresa Moraleda Salas, Carmen Lluch Requerey, Álvaro Arce León, Juan Manuel Fernández Gómez, José Venegas Gamero y Pablo Moriña Vázquez

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento de las venas pulmonares (VVPP) es el pilar del tratamiento de la fibrilación auricular (FA), modificando el pronóstico de estos pacientes. A pesar de ello, la tasa de recidiva no es despreciable, surgiendo la búsqueda de nuevas estrategias de ablación.

Métodos: Estudio retrospectivo incluyendo pacientes con FA paroxística (FApx) y persistente (FAps) derivados entre 2017-21 para crioablación de VVPP aisladas o asociado a aislamiento de la orejuela izquierda (AOI).

Resultados: Se incluyeron 151 pacientes (edad media 57,5 ± 12,5 años; 63,6% varones), 80,1% con FApx y 19,9% FAps (mediana CHA2DS2-VASc 1 [1-3]). El 67,5% presentaban FA desde hacía más de dos años, con un alto porcentaje de cardioversiones (CVE) previas al procedimiento (59%) y uso de fármacos antiarrítmicos (99,1%). 80,1% no presentaban cardiopatía estructural, siendo la más frecuente la taquimiocardiopatía (7,3%) (FEVI mediana 65% [60-65]; tamaño medio de aurícula izquierda 42,6 ± 5,7 mm). La anatomía más frecuente hallada fue 4 VVPP independientes (80,1%), seguido de tronco común izquierdo (11,9%). En 46 pacientes se realizó AOI asociado a VVPP, realizándose más frecuentemente en pacientes hipertensos, con indicación de anticoagulación y con FAps (tabla). 9 pacientes presentaron complicaciones periprocedimiento: 2 embolias gaseosas transitorias, 2 taponamientos resueltos intraprocedimiento, 1 parálisis frénica y 4 pseudoaneurismas femorales. Se realizó un seguimiento de 27 meses [14-42]: 13,2% tuvieron una recidiva en el periodo de *blanking* y 23,2% en el *posblanking* (mediana hasta recidiva 12 meses [6-24]). 21 pacientes requirieron CVE y 8 un segundo procedimiento de ablación mediante radiofrecuencia. 9 pacientes desarrollaron *flutter* izquierdo y 3 pacientes presentaron ictus cardioembólico (mediana hasta ictus 27 meses [20-27]). No encontramos diferencias en las tasas de éxito, complicaciones o ictus entre los pacientes con ablación de VVPP o AOI (fig.), aunque se observa una tendencia a una menor tasa de recidiva en pacientes con FApx y AOI (13,3 vs 23,1%, p = 0,308).

Características basales de los pacientes con aislamiento de orejuela izquierda vs aislamiento de venas pulmonares

	Aislamiento de orejuela izquierda (n = 46)	Aislamiento de venas pulmonares (n = 105)	p
Edad (años)	60,2 ± 10,5	56,3 ± 13,1	0,070
Sexo (varón)	30 (65,2)	66 (62,9)	0,781
Hipertensión	31 (67,4)	49 (46,7)	0,019
Diabetes mellitus	6 (13,0)	9 (8,6)	0,398
Obesidad	10 (21,7)	22 (21,0)	0,913
Enfermedad cerebrovascular	2 (4,3)	5 (4,8)	0,911
FA paroxística	30 (65,2)	91 (86,7)	0,002
CHA2DS2-VASc Score	1,5 [0,75-3]	1 [0-2]	0,085
Anticoagulación permanente	41 (89,1)	71 (67,6)	0,005
FFAA	36 (78,3)	87 (82,9)	0,504
CVE previa	31 (67,4)	58 (55,2)	0,162
Cardiopatía estructural	10 (21,7)	20 (19,0)	0,703
Diámetro AI (mm)	43,9 ± 5,9	41,8 ± 5,5	0,060
FEVI (%)	65 [60-65]	65 [60-65]	0,864

FA: fibrilación auricular; FFAA: fármacos antiarrítmicos; CVE: cardioversión eléctrica; AI: aurícula izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Éxito y complicaciones en función del aislamiento o no de la orejuela izquierda y del tipo de fibrilación auricular.

Conclusiones: El AOI es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones y sin aumento del riesgo de ictus. A pesar de que no ha demostrado una disminución en las recidivas, podría tener un papel en pacientes con FApx, siendo precisos estudios prospectivos de mayor tamaño para poder confirmar nuestros datos.