



6000-9. LA ANGIOGRAFÍA ROTACIONAL REEMPLAZA AL ESCÁNER DE LA AURÍCULA IZQUIERDA PREVIO A LA CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

Adolfo Fontenla Cerezuela, Belén Díaz Antón, Ricardo Salgado Aranda, María López Gil, Belén Rubio Alonso, Elena Mejía Martínez, Rafael Salguero Bodes y Fernando Arribas Ynsaurriaga del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de FA mediante globo frío precisa un estudio por imagen de la aurícula izquierda (AI) y venas pulmonares (VP) debido a su variabilidad. Para ello se realiza una prueba volumétrica (TC o RMN) antes de la intervención. La angiografía rotacional (AR) es una herramienta incorporada a algunos equipos de fluoroscopia que permite adquirir una imagen 3D de AI-VP durante el procedimiento e integrarla en un navegador fluoroscópico (fig.). No se ha evaluado su capacidad para sustituirla por la TC en la práctica clínica.

Objetivos: Determinar la utilidad de la AR en la crioablación de FA y si puede sustituir a la TC preprocedimiento.

Métodos: Se estudiaron 28 pacientes consecutivos en los que se realizó crioablación de VP en un centro, debido a FA paroxística (excluyendo re-do). En función del estudio de imagen se dividieron en Grupo 1 (TC + AR) y Grupo 2 (sólo AR). La AR se adquirió bajo sedación consciente, mediante la rotación del arco durante la inyección de 70 cc de contraste en la AI con un pigtail y sobreestimulación del ventrículo derecho. Se utilizó la t de Student para el contraste de las variables cuantitativas previa confirmación de la normalidad (Shapiro-Wilk). Las variables cualitativas se compararon con el test exacto de Fisher.

Resultados: No se pudo realizar la AR en un paciente del Grupo 1 debido a obesidad mórbida, que impedía el giro completo del arco de fluoroscopia. La TC no detectó un tronco común que sí se observó en la AR. Hubo concordancia en el análisis del nº de VP entre TC y AR en el resto: 16/17 pacientes (94%). La tabla muestra las características de los pacientes y los datos del procedimiento en cada grupo, sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos. Sólo hubo complicaciones en el Grupo 1 (3 parálisis frénicas sin repercusión clínica, 1 de ellas transitoria).

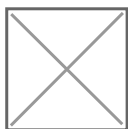


Figura. Adquisición tridimensional de la aurícula izquierda mediante angiografía rotacional e integración en navegador fluoroscópico.

Comparativa de las características basales y los datos del procedimiento en ambos grupos

		Grupo 1	Grupo 2	p
		TC + AR (n = 18)	Sólo AR (n = 10)	
Características de los pacientes	Edad (años)	56 ± 10	61,5 ± 8	0,14
	Sexo (mujeres)	8 (44%)	6 (60%)	0,69
	HTA	10 (56%)	7 (70%)	0,69
	IMC	29,9 ± 6	30,3 ± 3,7	0,84
	Cardiopatía	2 (11%)	1 (10%)	1
	Diámetro AI (mm)	37,8 ± 4,9	35 ± 4,2	0,28
	FEVI (%)	63 ± 8	67 ± 7	0,36
Datos del procedimiento	Duración total (min)	159 ± 37	154 ± 48	0,74
	Escopia (min)	50 ± 14	50 ± 19	0,94
	PDA en procedimiento (Gy/cm ²)	210 ± 151	205 ± 92	0,91
	Nº de aplicaciones	7,8 ± 1,3	8,1 ± 1,2	0,63
	VP totales/desconectadas	74/71 (96%)	34/33 (97%)	0,79
	Troncos totales/desconectados	3/3 (100%)	3/3 (100%)	N/A
	Complicaciones	3 (17%)	0 (0%)	0,53

AI: aurícula izquierda. AR: angiografía rotacional. HTA: hipertensión arterial. IMC: índice de masa corporal. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. PDA: producto dosis-área. TC: tomografía computarizada. VP: venas pulmonares.

Conclusiones: La AR mostró una elevada correlación con la TC y permitió reemplazarla en la crioablación de FA, sin repercutir en la duración, radiación, eficacia o seguridad del procedimiento; con el consiguiente ahorro de radiación, de contraste y económico. Si la AR está disponible, es posible reservar la TC para los casos de obesidad grave en los que se prevea que no pueda realizarse dicha AR. Estos datos deben confirmarse en estudios multicéntricos e idealmente con otras técnicas de ablación de FA.