



4017-6. DIEZ AÑOS DE CRIOABLACIÓN CON CATÉTER-BALÓN EN EL TRATAMIENTO DE FIBRILACIÓN AURICULAR. RESULTADOS A LARGO PLAZO, RECURRENCIAS Y COMPLICACIONES. EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

Jesús M. Paylos González, Clara Ferrero Serrano, José Ramón Conesa Ramírez, Lourdes Lacal San Juan, Yasser Hessein Abdou y Óscar Valencia, de la Unidad de Arritmias, Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca, Hospital Universitario HLA Moncloa. Universidad Europea de Madrid, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento eléctrico de las venas pulmonares (VP), de la aurícula izquierda (AI) por crioablación por catéter balón (CB), se ha consolidado en la práctica clínica como un método seguro y eficaz para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA). Analizamos evolutivamente nuestra experiencia en 10 años con resultados, recurrencias, complicaciones y efectos colaterales.

Métodos: De noviembre 2008 a mayo 2018, un total de 314 pacientes, (227H, 87M), edad media (57 ± 12), fueron tratados con el CB por FA, 186 paroxística (FAP) y 128 persistente (FAPER). Tiempo de seguimiento 1.587 ± 879 días. Los pacientes fueron tratados con el balón de primera generación (CB1), hasta abril de 2013, y con el de segunda generación (CB2) en adelante (74CB1, 112CB2 con FAP y 15CB1, 113CB2 con FAPER). Datos morfológicos y estructurales se muestran en la tabla.

Resultados: Un total de 1.149 VP fueron tratadas con CB y desconexión eléctrica demostrada en 1.093 (95%). Reconducción aguda presentaron 53 VP (4,6%) con 16 conexiones musculares extrapulmonares (CME). Efectos colaterales y complicaciones: afonía: 8 pacientes (2,5%), Paresia frénica: 26 pacientes (8,2%), parálisis frénica: 2 pacientes (0,6%). No complicaciones mayores. No mortalidad. En el seguimiento, 255 pacientes (81%) permanecen asintomáticos, en ritmo sinusal sin medicación; 59 (19%) presentaron recurrencia clínica. Recurrencias precoces (10,5%) al suspender la medicación y el resto (4,7%) tardías. Los 50 pacientes fueron sometidos a segundo procedimiento (REDO), con reconducción demostrada en 41 pacientes. De los 50 REDO (23 FAP) y (27 FAPER), 6 presentaron reconducción en el procedimiento basal, en diferente localización de segmento, sin relación con la conducción residual aguda. En un seguimiento de 45 ± 25 meses, los 50 REDO, permanecen en ritmo sinusal sin medicación.

AI			VP	TCI	TCD	FEVI
Diámetros (mm)			685	52	7	
FAP	AP	36 ± 6 (21-50)	21 ± 4 (8-32)	27 ± 4 (17-35)	28 ± 3 (20-33)	67 ± 5% (56-77)

SI	52 ± 8 (22-75)	22 ± 3 (10-28)	26 ± 5 (17-34)	27 ± 3 (27-29)
LAT	46 ± 7 (27-61)			
	Área (cm ²) 21 ± 4 (11-32)			
	Diámetros (mm)	464	39	9
AP	41 ± 5 (30-39)	21 ± 4 (9-32)	26 ± 4 (18-33)	27 ± 3 (22-35)
FAPER SI	53 ± 8 (19-74)	22 ± 3 (9-28)	30 ± 5 (20-37)	28 ± 4 (22-35)
				65 ± 7% (40-70)
LAT	43 ± 8 (17-69)			
	Área (cm ²) 23 ± 5 (13-29)			

TCI: tronco común izquierdo, TCD: tronco común derecho, FEVI: fracción de eyección ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La técnica de CB es muy eficaz para el tratamiento definitivo de la FA, con 98% de pacientes libres de arritmia a 10 años, sin medicación, en el grupo de FAP, y un 63% para FAPER a 6 años.