



4012-3. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR CON RADIOFRECUENCIA DE ALTA POTENCIA Y CORTA DURACIÓN: EFICACIA, SEGURIDAD Y RESULTADOS TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

Sergio Castrejón Castrejón¹, Marcel Martínez Cossiani¹, Marta Ortega Molina¹, Carlos Escobar Cervantes¹, Lorena Martín Polo¹, Irene Marco Clement¹, Carlos Merino Argos¹, Maurice Batlle Pérez², Rosa González Davia³, José Luis López Sendón¹ y José Luis Merino¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid). ³Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de venas pulmonares (VP) con aplicaciones de radiofrecuencia (aRF) punto a punto requiere más tiempo que la crioablación y parece asociar mayor riesgo de lesiones esofágicas. **Objetivo:** evaluar la aplicación clínica, eficacia y seguridad de la técnica de RF de alta potencia y corta duración (APCD) en pacientes con FA.

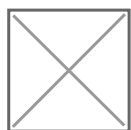
Métodos: Se realizó ablación con RF punto a punto en 125 pacientes (p). En el grupo control (n = 47) se emplearon aRF de 30 W/? 30 s con control de temperatura esofágica. El grupo APCD (n = 78) se distribuyó en 3 subgrupos consecutivos: 1) subgrupo 50W (n = 18): aRF 50W/? 30 s hasta LSI ? 5 o AI ? 350), 2) subgrupo 60W (n = 30): aRF 60W/7-10 s y 3) subgrupo 70W (n = 30): aRF 70W/9 s. En todos los pacientes se realizó endoscopia esofágica tras la ablación.

Resultados: Presentaban FA persistente 17 p (36%) del grupo control y 30 (38%) del grupo APCD. Se aislaron el 98% y el 100% de las VP en ambos grupos (p = 0,63). El aislamiento al primer paso se consiguió en el 35%, 56%, 57% y 87% de las VP izquierdas (p 0,001) así como en el 46%, 56%, 60% y 80% de las VP derechas (p = 0,04) en el grupo control y en los subgrupos 50W, 60W y 70W respectivamente. Hubo reconexiones en el 8% de los círculos alrededor de los pares de VP en el grupo control y en el 6,5% de los círculos en el grupo APCD (p = 0,79). Se empleó test de adenosina en los subgrupos 60W y 70W, apareciendo conducción durmiente en el 30% y 25% de los círculos respectivamente. (p = 0,31). La carina fue la localización más frecuente de conducción persistente y de reconexión. Permanecieron libres de recurrencia el 59% de los p en grupo control y el 88%, 77% y 83% de p en los subgrupos 50W, 60W, 70W respectivamente (p = 0,037). Hubo lesión esofágica en el 28% de los controles, en el 22% del subgrupo 50W y en ningún p de los subgrupos 60W y 70W (p = 0,002). El tiempo total de radiofrecuencia fue (mediana [RIC]): 30 [27-42], 25 [20-29], 16 [14-20] y 13 [11-16] min en el grupo control y subgrupos 50W, 60W y 70W respectivamente (p 0,01). La duración de las aRF fue 12 [9-17], 9 [8-9] y 9 [9-9] s en los subgrupos 50W, 60W y 70 W (p 0,001).

Incidencia y tipo de lesiones esofágicas encontradas

Grupo	Convencional	APCD			p
	30 W	50 W	60 W	70 W	
Endoscopia	47 (100%)	18 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	
1. Días tras ABL	1 (rango 1-3)	1 (1-2)	1 (1-5)	1 (1-1)	0,21
Lesiones de origen térmico	13 (28%)	4 (22%)	0	0	0,002
1. Úlcera	3	-	-	-	
2. Erosión	5	2	-	-	
3. Erosión mínima ¹	4	2	-	-	
4. hematoma	1	-	-	-	
Lesión de dudoso origen térmico ²	1	0	0	0	
Lesiones agudas de origen no térmico	0	0	13	0	
Distancia desde los incisivos (cm)	28 [24-32]	23 [21-28]	-	-	0,14
Progresión	no	no	no	no	

Lesiones esofágicas tras ablación. ¹Diámetro 5 mm. ²No confirmada por dos endoscopistas experimentados.
³Esofagitis erosiva por dabigatrán.



Recurrencias de arritmia auricular > 30 s en el seguimiento.

Conclusiones: La ablación con radiofrecuencia de alta potencia y corta duración es factible y resulta altamente eficaz al año de seguimiento. Esta técnica parece segura, asociada a menor riesgo de lesiones esofágicas y requiere menor tiempo de ablación que la convencional. Estos resultados se deben demostrar en ensayos clínicos.