



5012-2. INFLUENCIA DE LA ABLACIÓN DEL ISTMO CAVOTRICUSPÍDEO GUIADA POR LA IDENTIFICACIÓN DE HACES MUSCULARES EN EL TIEMPO DE RADIOFRECUENCIA

Miguel Álvarez López, Laura Jordán Martínez, Rosa Macías Ruiz, Guillermo Gutiérrez Ballesteros, Manuel José Molina Lerma, Pablo J. Sánchez Millán, Juan Jiménez Jáimez y Luis Tercedor Sánchez

Unidad de Arritmias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo es evaluar el tiempo de radiofrecuencia (RF) de la ablación del istmo cavotricuspidé (ICT) siguiendo un abordaje guiado por la aplicación de RF solo en haces musculares definidos por el voltaje de los electrogramas (EGM).

Métodos: Estudio casos-control: Grupo A (n = 35): ablación de haces musculares; Grupo B (n = 25): ablación lineal convencional del IC. No se incluyeron pacientes con ablación previa de ICT ni ablación de FA en el mismo procedimiento. Un catéter duodecapolar, un catéter de ablación de punta irrigada con sensor de fuerza y el sistema ENSITE-NavX fueron utilizados. El mapa de voltaje se adquirió durante flutter auricular o estimulación septal-lateral según el ritmo basal. El criterio de éxito del procedimiento fue el bloqueo bidireccional (BBD) del ICT. Consideramos objetivo alcanzado del procedimiento en el grupo A cuando las aplicaciones de RF se circunscribieron al o a los haces musculares y se consiguió el bloqueo del ICT. Calculamos el tiempo de RF como la suma del tiempo de liberación de energía de todas las aplicaciones de RF. Consideramos el tiempo de procedimiento desde el inicio de las punciones hasta la retirada de catéteres.

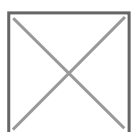
Resultados: Sesenta pacientes (92% hombres, 63 ± 12 años, IMC 29 ± 5 , HTA 52%, diabetes 27%, EPOC-SAOS 18%, cardiopatía isquémica 10%, taquicardiomiopatía 12%, disfunción VI 21%) fueron incluidos. Antecedentes de FA fue más frecuente en el grupo B (64,3 vs 35,7%; $p = 0,05$). No encontramos diferencias en las otras variables clínicas. El BBD (97,1% A vs 96% B), complicaciones (2,9 vs 0%) y recurrencia (5,7 vs 4%) no fueron diferentes ($p > 0,1$). El objetivo del procedimiento en A se obtuvo en 83%. Analizamos las variables relacionadas con el procedimiento en los que se consiguió el BBD (tabla). Diabetes, C. isquémica, dilatación de aurícula derecha, abordaje de ablación de haces musculares (grupo A), número de aplicaciones, fuerza de contacto se relacionaron con el tiempo de radiofrecuencia. El abordaje de ablación de haces musculares ($p 0,05$) y el número de aplicaciones ($p 0,001$) fueron los únicos predictores independientes.

Variables del procedimiento de ablación

Grupo A (haces musculares) (n = 34)	Grupo B (convencional) (n = 24)	p
--	------------------------------------	---

Ritmo basal: flutter (%)	41,2	33,3	0,54
Reconstrucción 3D-AD (%)	100	37,5	0,001
Cero-fluoroscopia (%)	100	79,2	0,01
Necesidad de vaina (%)	11,8	16,7	0,7
Línea completa del ICT (%)	20,7	87,5	0,001
Número aplicaciones RF	15 ± 9	20,5 ± 11,5	0,06
Tiempo RF (segundos)	382 ± 228	663 ± 410	0,01
Potencia (W)	33 (33-37)	32 (29-33)	0,001
Fuerza de contacto (g)	14 (12,5-17,5)	12 (9,25-14)	0,01
LSI	5,4 ± 0,7	4,4 ± 0,6	0,001
Tiempo total de procedimiento (min)	111 ± 35	120 ± 40	0,42

AD: aurícula derecha; ICT: istmo cavotricuspídeo; LSI: lesión index; RF: radiofrecuencia.



Ablación de haz muscular (zona de alto voltaje).

Conclusiones: La aplicación de RF en haces musculares del ICT consigue, con respecto a la ablación lineal convencional, reducir el tiempo de radiofrecuencia sin prolongar el procedimiento y con similares resultados clínicos.