



## 5019-6. FIBRILACIÓN AURICULAR RECURRENTE EN EL PERIODO INMEDIATO POSTINTERVENCIÓN DE VENAS PULMONARES POR CRIOABLACIÓN CON CATÉTER-BALÓN PARA EL TRATAMIENTO DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Jesús Paylos González, Clara Ferrer Serrano, Elena Mejía Martínez, Abdou Yasser Hessein, Abdel Raziq Jaber Ismail, Carmen Martínez-Cilleros, Lourdes Lacal Sanjuán, Juan José Oñoro Cañaveral, Vicente Gómez-Tello, Virginia Pascual Tejerina, Aranzazu Villasante de la Puente, M<sup>a</sup> José Ruiz Rodríguez, José Ramón Conesa Ramírez, Isabel Jiménez Martínez e Ildefonso del Campo Sánchez

Hospital Moncloa, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En esta última década la desconexión eléctrica auricular de las venas pulmonares (VP) utilizando frío como fuente de energía ha constatado resultados similares a los conseguidos con calor utilizando radiofrecuencia. Sin embargo un menor número de complicaciones y el tiempo de duración del procedimiento la ha convertido en una técnica ampliamente difundida. A pesar de ello recurrencias clínicas de la arritmia (RCA) son significativas produciendo un impacto negativo en el paciente (pat) mayor cuanto más próximo al procedimiento de crioablación (CB) ocurra necesitando un segundo procedimiento (REDO). Analizamos la incidencia de estas RCA “inmediatas” (RCAI) en nuestra serie y sus posibles causas o factores asociados.

**Métodos:** Un total de 260 pacientes fueron tratados en nuestra unidad por crisis de fibrilación auricular paroxística (FAP) y las VP aisladas de la aurícula izquierda (AI). Definimos RCAI la aparecida en el primer mes tras el periodo ciego de 3 meses con medicación antiarrítmica (MA).

**Resultados:** Un total de 17 pacientes (6,5%) H,  $52 \pm 9$  años muy sintomáticos con 8-9 episodios de FAP/año y duración media de la arritmia de  $5 \pm 5$  años presentaron RCAI. Antecedentes: 2 (11,7%) cardiopatía estructural (CE) 9 (53%) hipertensión arterial (HTA) y 3 (17,6%) dislipemia. Características morfológicas y estructurales en la tabla. Todos los pacientes fueron REDO. En los REDO todos (100%) mostraron reconducción VP: 4 tronco común (TC) izquierdo 1 TC derecho, 13 VP superior izquierda (VPSI) 6 VP inferior izquierda (VPDI) 6 VP superior derecha (VPSD) 4 VP inferior derecha (VPID) que volvieron a ser eléctricamente desconectadas de AI con CB y una media de 2 aplicaciones por VP de 240 segundos con límite máximo de temperatura de  $-60^\circ\text{C}$  y monitorización continua de la fisiología frénica durante la aplicación CB en las VP derechas. En 3 años de seguimiento todos los pacientes están asintomáticos en ritmo sinusal (RS). No hubo diferencias en AI, presencia o no de CE, HTA ni número de episodios de FAP ni tiempo de instauración de la arritmia con respecto al grupo sin RCAI.

Datos morfológicos y estructurales

| Diámetros (mm) |    | AI                 | VP (63)            | TCI (4)            | TCD (1) | FEVI $67 \pm 4$ (62-75) |
|----------------|----|--------------------|--------------------|--------------------|---------|-------------------------|
| FAP (17 Pat)   | AP | $37 \pm 6$ (28-50) | $19 \pm 5$ (14-26) | $29 \pm 4$ (26-35) | 28      | Área $25 \pm 5$ (17-35) |
|                | SI | $52 \pm 6$ (41-53) | $20 \pm 3$ (15-26) | $28 \pm 6$ (19-35) | 30      |                         |

AI: aurícula izquierda; VP: vena pulmonar; TCI: tronco común izquierdo; TCD: tronco común derecho; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; FAP: fibrilación auricular paroxística.

**Conclusiones:** 1. RCAI en el periodo post intervención inmediata de pacientes tratados con CB por FAP ocurre en un 6,5% de los pacientes y la causa es reconducción VP. 2. La reconducción guarda relación con el tamaño de las VP siendo las más afectadas los TC (100%) y la VPSI (100%). 3. En un seguimiento de 3 años tras REDO todos los pacientes permanecen asintomáticos en RS sin MA.