



5019-15. RECURRENCIAS PRECOCES Y TEMPRANAS DE LA ARRITMIA CLÍNICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE TRATADOS CON CRIOABLACIÓN POR CATÉTER-BALÓN. ANÁLISIS DE SUS POSIBLES CAUSAS Y EPIDEMIOLOGÍA DE FACTORES ASOCIADOS, EN UNA LARGA SERIE

Jesús Paylos González, Clara Ferrero 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^a José Ruiz Rodríguez, José Ramón Conesa Ramírez, Isabel Jiménez Martínez e Ildefonso del Campo Sánchez

Hospital Moncloa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento de las venas pulmonares (VP) por crioablación (CB) es una técnica segura y eficaz para tratar pacientes con fibrilación auricular (FA) aunque no exenta de recurrencias clínicas (RC) por reconducción de las mismas especialmente observado en pacientes con FA paroxística (FAP). Por el contrario, una menor información existe en relación con la eficacia de la CB en FA persistente (FAPER) ni sobre las causas y factores responsables de sus RC.

Métodos: Hasta la fecha 177 pacientes (135 H (76,3%) 67 ± 9 años y 42 M (23,7%) 67 ± 7 años han sido tratados en nuestra Institución por FAPER, 27 (15,25%) con cardiopatía. Todas las RC se sometieron a un segundo procedimiento. Datos morfológicos y estructurales se muestran en la tabla. Se definió como recurrencia precoz (RP) la ocurrida en el “blanking period” (BP) con antiarrítmicos (AD) y temprana (RT) dentro del primer año post BP sin AD.

Resultados: Un total de 642 VP incluyendo 66 troncos comunes (TC) fueron tratados con CB y desconectadas de la aurícula izquierda (AI) con bloqueo bidireccional demostrado. Conexión transtelefónica holter seriados y consultas periódicas marcaron el seguimiento. Un 19,7% de pacientes (35) presentaron RC en los primeros 15 meses 24 H 60 ± 10 y 11 M 60 ± 9 años y de ellos 9 pacientes (5,1%) 7 H 60 ± 2 M 67 ± 12 tuvieron RP y 26 pacientes (14,6%) 17 H 60 ± 12 y 9 M 69 ± 6 años, RT. Datos morfológicos y estructurales pueden verse en la tabla. El tiempo de duración de la arritmia fue de 3 ± 2 para el grupo de RP y de 6 ± 4 años para el grupo de RT (p 0,05). No diferencias significativas en el tamaño de AI en ningún grupo. Otros factores epidemiológicos como obesidad, diabetes e hipertensión (HTA) tampoco mostraron diferencias significativas. Reconducción de VP se demostró en el 88,8% de pacientes con RP y en 69,2% con RT, con mayor incidencia en las VPSI (26%). La discriminación por sexo mostró mayor proporción de mujeres en las RC 17,7% H (24/135) vs 26,19% M (11/42).

Datos morfológicos y estructurales

		Diámetros (mm) AI	VP (642)	TCI (54)	TCD (12)	FEVI 65+7 (40-75)
FAPER (177 Pts)	AP	41+5 (30-49)	22+9 (9-32)	26+3 (18-33)	27+4 (22-35)	Área 23+5 (13-29)
	SI	53+8 (19-74)	22+9 (9-28)	29+4 (20-37)	28+4 (22-35)	
		Diámetros (mm) AI	VP (30)	TCI (5)	TCD (1)	FEVI 61+8 (45-74)
Recurrencias precoces (9 pts)	AP	44+6 (34-49)	22+5 (13-31)	29+4 (25-33)	35	Área 27+5 (19-29)
	SI	58+2 (55-62)	23+4 (14-28)	31+3 (26-33)	37	
		Diámetros (mm) AI	VP (92)	TCI (9)	TCD (3)	FEVI 66+6 (55-74)
Recurrencias tempranas (26 pts)	AP	40+7 (30-47)	22+3 (9-32)	26+4 (18-33)	23+3 (19-27)	Área 22+6 (13-29)
	SI	52+6 (19-74)	23+4 (9-28)	29+5 (20-37)	29+1 (27-30)	

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

Conclusiones: 1. La causa más importante de RC post CB en FAPER fue reconducción VP en 5,1% pacientes con RP y 14,6% en RT. 2. La reconducción VP fue superior en RP (88,8%) que en RT (69,2%) y en ambos casos la VPSI la más afectada. 3. La RC fue superior en el sexo femenino (26,19 vs 17,7%). 4. La duración de la arritmia discriminó pacientes con RT. 5. No encontramos diferencias significativas en edad, tamaño AI, cardiopatía, obesidad, diabetes ni HTA.