



6008-27. CARACTERIZACIÓN DE LA CRIOLESIÓN RESIDUAL POR CATÉTER BALÓN EVALUADO POR RESONANCIA MAGNÉTICA CON GADOLINIO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Jesús M. Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Arancha Rey, Roberto Molezum, Miguel Ángel Quiñones Pérez, Unidad de Arritmias/Electrofisiología del Hospital Moncloa, Madrid y Universidad Europea, Madrid.

Resumen

Introducción: El aislamiento de las venas pulmonares (VP) con crioablación con balón (CAB) es una nueva alternativa para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA). Sin embargo las características de la lesión inducida por CAB no han sido aún descritas. Nosotros intentamos describir la lesión residual en la aurícula (AI) y VP tras su aislamiento con CAB.

Métodos: La resonancia magnética con gadolinio (RM-Gd) fue realizada antes y después del aislamiento de las VP con CAB. Evaluamos la presencia o ausencia de realce tardío (RT) a nivel del antro, ostium y pared de la VP. La definición de tejido normal y cicatriz se basó en una escala bimodal de intensidades de píxeles y fue evaluado por 3 observadores. La escala de menor intensidad se definió como tejido normal (no RT) y la escala más alta como cicatriz (si RT).

Resultados: La RM-Gd se realizó 221 ± 116 días tras la CAB. 76 VP de 19 pacientes con FAP fueron analizadas: 3 troncos comunes izquierdos (TCI); 16 VP superiores izquierdas (SI); 16 VP inferiores izquierdas (II); 19 VP superiores derechas (SD), 3 VP intermedias derechas (iD); 19 VP inferiores derechas (ID). Todas la VP fueron tratadas con el catéter Artic Front Cryocath de 28 mm. Se observó RT en 19 (25 %) VP: en el antro en un TC, en el ostium de 18 VP (3 TC; 2 VPSI; 6 VPDI; 4 VPSD y 3 VPID) y en la pared venosa de 6 VP (2 TC; 2 VPSI; 2 VPDI).

Conclusiones: Se observó RT en un número limitado de VP a nivel del ostium y la pared venosa, posiblemente relacionado con múltiples causas tales como: la pequeña área de contacto del balón con la pared de AI y VP, el grosor y tamaño de la AI y las VP y las características histológicas de la lesión inducida por el frío. Lo cual podría explicar la presencia de RT en todos los TC y la baja efectividad del CB en la FA persistente donde lesiones más extensas son necesarias.