Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 228

Revista Española de Cardiología

6007-59. EFICACIA DEL AISLAMIENTO DE UNA VENA PULMONAR EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Alejandro Estrada, José Luis Merino, Marta Ortega, David Doiny, David Filgueiras, Sergio Castrejón, Ana Peinado y José Luis López-Sendón de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada del Hospital Universitario La Paz, Madrid, Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid) y Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El aislamiento eléctrico de 4 venas pulmonares (AE-4VP) para ablación de FA paroxística (FAp) es eficaz pero se asocia a una tasa de complicaciones 5 veces mayor a la ablación de otros sustratos más delimitados. El aislamiento únicamente de las VPs “culpables” es un abordaje más limitado pero menos eficaz que el AE-4VP, sugiriéndose la posibilidad del desarrollo de ectopia de otras VP en el seguimiento. En estos estudios se definió como VPs “culpables” simplemente aquellas generadoras de al menos un latido ectópico durante el procedimiento.

Métodos: Tras excluir la fase de ablación focal y de aprendizaje de AE-4VP (> 100 ablaciones de FA), se revisó a los pacientes (P) sometidos de forma consecutiva a ablación de FAp. Se realizó ablación de todas las VP con actividad eléctrica salvo que el P presentara los siguientes criterios: 1) ectopia frecuente (> 1 extrasístole/min) de una única VP y/o inicio consistente de FA por ectopia procedente de la misma VP en al menos dos ocasiones, y 2) supresión de la ectopia/reinicio de la FA con el aislamiento por RF de dicha VP. En estos P interrumpió el procedimiento de ablación tras la ablación de la VP culpable (AE-1VP).

Resultados: 177 P sometidos a AE de las VPs, se realizó AE-1VP en 13 P (50 ± 16,2 años, 84,6% varones) que cumplían los criterios de selección (7,3%). La VP objetivo fue la superior derecha en 7 P, la superior izquierda en 4 P. En todos los P se logró aislar de forma definitiva la VP al término del procedimiento, demostrándose persistencia de la FA dentro de dicha VP en uno de ellos. Dos P presentaron recurrencias dentro del primer año: uno a los 2 meses, no siendo referido para ablación de nuevo por su cardiólogo, y otro a los 8 meses, demostrándose reconexión de la VP previamente aislada y que fue nuevamente desconectada. En el seguimiento a medio plazo (36 meses) todos los P salvo el ya mencionado no han vuelto a presentar recurrencias y permanecen sin medicación antiarrítmica ni antitrombótica. No se produjeron complicaciones durante el procedimiento o el seguimiento.

Conclusiones: El aislamiento únicamente de la VP “culpable”, definida por criterios exigentes, resulta en una eficacia cuando menos similar al de las AE-4VP pero con una técnica menos agresiva. Esta eficacia no es a costa de tener que repetir el procedimiento o requerir tratamiento farmacológico antiarritmico en el medio plazo.