



6007-16. REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TRAS EL ABORDAJE TRANSEPTAL PARA LA CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

Miguel Ángel Gómez Marino, Aracelis Morales Hernández, María José Cano de las Heras y Jesús M. Paylos González del Hospital Moncloa, Madrid.

Resumen

Introducción: Para el abordaje transeptal (ATS) de la aurícula izquierda se han venido utilizando catéteres de hasta 8 F (2,7 mm), en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de corta duración. En la crioablación de venas pulmonares (CAVP), empleamos catéteres balón 10,5 F, a través de guías Flex Cath 15 F (5 mm), que permanecen atravesando el septo durante varias horas.

Objetivos: Valorar la persistencia de la CIA tras CAVP, su repercusión hemodinámica y su evolución, o no, hacia el cierre espontáneo.

Métodos: En 21 pacientes de entre 28 y 71 años, 73% varones, sometidos a CAVP, se practicó Eco-Doppler transtorácico (ETT) y Transesofágico (ETE), el día previo, y ETT a las 24-48 horas, 7, 15 y 30 días, y a los 3 y 6 meses, con medición de AD, VD, PAPs, TAPSE, cava inferior (VCI), función diastólica del VI (E, A, TDE, e', a'), y QP:QS, además, de los otros parámetros habituales.

Resultados: En el 62%, la CIA estaba presente a las 48 horas, con compromiso hemodinámico claro: Dilatación ligera de cavidades derechas y, muy notable, de la VCI, con QP:QS de $1,5 \pm 0,23$. En todos estos casos, el patrón de llenado mitral se transformó en normal, independientemente de la edad. En 2 casos fue preciso administrar diuréticos por edemas y disnea. Un 42% de ellas cerraron espontáneamente entre los 2 días y los 6 meses, pero en el 38% del total de nuestros casos, todos mayores de 50 años, la CIA persiste a los 6 meses, con un QP:QS de $1,52 \pm 0,23$, dilatación de VD de $5,8 \pm 4,0$ mm, respecto al valor basal, incremento de la PAPs del 37% con una dispersión final 2,3 veces mayor que la de los valores previos al ATS, y patrón de llenado mitral normal.

Conclusiones: Se desconoce la evolución a largo plazo, pero, con los datos disponibles, pensamos que en un considerable número de pacientes sometidos a ATS para CAVP, la CIA no cerrará espontáneamente y que, dependiendo de la adaptabilidad del árbol vascular pulmonar y del corazón derecho, podrían precisar intervención. Por ello, es recomendable elegir el punto de ATS mediante ETE o intracardiaco, para que, la oclusión percutánea de la CIA con Amplatzer, en caso de ser necesaria, sea factible.