Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 153

Revista Española de Cardiología

4046-9. EFICACIA DEL AISLAMIENTO DE UNA VENA PULMONAR O DE UN TRONCO VENOSO PULMONAR ÚNICO "CULPABLE" EN LA ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Eficacia del aislamiento de una vena pulmonar o de un tronco venoso pulmonar único "culpable" en la ablación de la fibrilación auricular paroxística

Resumen

Objetivos: El objetivo principal de la ablación de la fibrilación auricular paroxística (FAp) es el aislamiento eléctrico (AE) de las 4 venas pulmonares (VP). Este abordaje, aunque más eficaz que tratar únicamente la VP "culpable" de la FA, que ha demostrado resultados subóptimos en el pasado, requiere de procedimientos más prolongados y sujetos a mayor riesgo de complicaciones. Sin embargo, el abordaje únicamente de la VP o tronco venoso pulmonar ipsilateral único (TVP) "culpable" podría presentar una eficacia similar al de las 4 VP si se emplean criterios más exigentes que en el pasado (latidos ectópicos aislados de esa VP) para definir la VP "culpable".

Métodos: Se incluyeron pacientes (P) consecutivos sometidos a ablación de FAp tras excluir los de la era de la ablación focal y de la curva de aprendizaje. En todos ellos se realizó AE-4VP excepto si presentaban: 1) ectopia frecuente (> 1 extrasístole/min) de una única VP o TVP y/o inicio consistente de FA procedente de la misma en al menos 2 ocasiones, y 2) supresión de la ectopia/reinicio de la FA con el aislamiento por RF de dicha VP o TVP. En estos P el procedimiento de ablación consistió únicamente en el AE de dicho VP o TVP (AE-1VP). Seguimiento a 6 y 12 meses.

Resultados: De los 221 P sometidos a AE de VPs, se realizó AE-VP culpable en 37 P (17%, 54,2 ± 16,2 años, 72,9% varones); siendo una VP (27 P, 12%) y de un TVP (10 P, 5%) los que cumplían los criterios mencionados. En todos se logró aislamiento definitivo. La VP aislada fue: VPSD 16 P, TVP izquierdo en 9 P, VPSI en 8 P, VPII en 4 P y TVP derecho 1P. 32 P (86%) no presentaron recurrencias en los 12 meses de seguimiento, demostrándose reconexión de la VP tratada en 2 de los 5 que presentaron recurrencias, siendo de nuevo sometidos a AE con radiofrecuencia. Ninguno de los 10 P (100%) sometidos a ablación de TVP presentó recurrencias. No se produjeron complicaciones mayores intraprocedimiento ni en el seguimiento.

Conclusiones: La utilización de criterios más exigentes para definir la VP o TVP "responsable", permite obtener resultados de eficacia similares del AE-1P frente al AE-4VP con un procedimiento más simple. Aunque la frecuencia de pacientes con una única VP "culpable" es relativamente baja, la inclusión de pacientes con TVP "culpable" la aumenta y se asocia con una menor tasa de recurrencias.