Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 654

Revista Española de Cardiología

6001-1. CONDUCCIÓN DORMIDA EN LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR POR RADIOFRECUENCIA Y CRIOABLACIÓN Y VALOR DE LA FUERZA DE CONTACTO POR CUADRANTE VENOSO

Erika López-Moreno, Miguel Álvarez-López y Luis Tercedor, del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Es prácticamente nula la información sobre la conducción dormida en la ablación de fibrilación auricular (FA) por radiofrecuencia (RF) frente a crioablación. Nuestro objetivo principal es comparar la incidencia de conducción dormida en RF frente a crioablación. El control de la fuerza de contacto (FC) en RF es considerado un indicador de lesión apropiada. El objetivo secundario es la correlación de la FC, la aparición de conducción dormida por cuadrante venoso y la recurrencia de FA.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, no aleatorizado, con un seguimiento medio de 3 meses, en pacientes sometidos a ablación de FA persistente/paroxística. Se recogieron datos basales, complicaciones precoces/tardías y recurrencia de FA por electrocardiograma/Holter. En caso de la RF, registramos tiempo total de ablación, g mínimos por cuadrante venoso y conducción dormida tras adenosín trifosfato por cuadrante. En todas las venas pulmonares tratadas existían potenciales venosos basales.

Resultados: Incluimos 35 pacientes, 24 sometidos a RF y 11 a crioablación. No hubo diferencias en las características basales entre ambos grupos (tabla), ni en las tasas de recurrencia (3 pacientes por grupo) y complicaciones. Solo 1 paciente sometido a crioablación presentó conducción dormida (vena superior izquierda) mientras que la mitad de los pacientes con RF la tuvo en ? 1 venas. El aislamiento venoso final fue del 100%. En el grupo de RF no hubo diferencias en los g por vena y cuadrante (figura). El tiempo medio de ablación total fue de 1.311,5 ± 469,0 s. La edad media fue mayor en los pacientes con recidiva (12%, 53,4 ± 9,6 frente a 66,7 ± 12,7 años). Hubo asociación entre los g mínimos en el cuadrante antero-inferior de la vena pulmonar inferior izquierda (VPII) y la presencia de conducción dormida en dicho cuadrante (p = 0,023, 9,5 ± 3,3 g en el cuadrante sin conducción dormida frente a 6 ± 1,6 g donde hubo reconexión). Además, el 66,7% con recurrencia frente al 9,5% sin recurrencia tuvo reconexión del cuadrante antero-inferior de la VPII (p = 0,013).

Características basales de los pacientes sometidos a ablación por RF y crioablación

Características basales/Tipo de energía		Radiofrecuencia	Crioablación	p
FA paroxística		66,7%	90,9%	NS
Sexo masculino		62,5%	63,6%	NS
Edad media		55,1 ± 10,7	58,7 ± 7,3	NS
	No	75,0%	72,7%	NS
	Valvular	4,2%	0,0%	
Cardiopatía estructural	Dilatada	8,3%	9,1%	
	Isquémica	12,5%	9,1%	
	Hipertensiva	0,0%	9,1%	
	Normal	50,0%	36,0%	NS
	Ligeramente dilatada	25,0%	36,0%	
Tamaño de AI	Moderadamente dilatada	25,0%	27,3%	
	Gravemente dilatada	0,0%	0,0%	
FEVI conservada		95,8%	100,0%	NS
	Flecainida	62,5%	54,5%	NS
FFAA al alta	Propafenona	8,3%	0,0%	
	Amiodarona	0,0%	27,2%	

Dronedarona	12,5%	0,0%
Sotalol	12,5%	9,1%
Ninguno	4,2%	9,1%

AI: aurícula izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FFAA: fármacos antiarrítmicos; NS: no significación estadística.

Conclusiones: Nuestro trabajo corrobora que con crioablación existe una menor tasa de conducción dormida. En cuanto al grupo de RF, en el cuadrante antero-inferior de la VPII la aplicación de unos g mínimos bajos estuvo relacionada con una mayor tasa de conducción dormida en dicho cuadrante, fenómeno relacionado con una mayor recurrencia de FA.