Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 588

Revista Española de Cardiología

6003-52. RECURRENCIAS CLÍNICAS TARDÍAS DE LA ARRITMIA EN PACIENTES TRATADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR CON CRIOABLACIÓN CON CATÉTER-BALÓN. ONCE AÑOS DE ANÁLISIS RETROSPECTIVO. EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

Jesús Manuel Paylos González[1], Clara Ferrero Serrano[2], Yasser Hessein Abdou[1], Erich Jurgen Heim[1], Elena Mejía Martínez[1], Carmen Martínez Cilleros[1], Raquel Yagüe Águeda[1], Teresa García Delange[2], M. de los Reyes Oliva Encabo[1], Ildefonso del Campo Sánchez[1], Abdel Raziq Jaber Ismail[1], Aranzazu Villasante de la Puente[1] y Assia Litcheva Gueorgieva[1], de la [1]Unidad de Arritmias y [2]Unidad de Arritmias, Laboratorio de Electrofisiología Cardiaca, Hospital Universitario HLA Moncloa, Universidad Europea Madrid, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La técnica de crioablación con catéter-balón (CB) ha demostrado ser eficaz y segura para tratar pacientes con fibrilación auricular (FA), consiguiendo un aislamiento eléctrico circunferencial de las venas pulmonares (VP) de la aurícula izquierda (AI). Sin embargo, se han descrito tasas significativas de recurrencias tempranas por reconducción AI-VP. Analizamos retrospectivamente 11 años en nuestra serie de pacientes tratados por FA paroxística (FAP) o persistente de larga duración (FAPER), la incidencia y las características de las recurrencias clínicas tardías de la arritmia (RT).

Métodos: Un total de 371 pacientes (267 H/104 M) que sufrían FA (225 FAP/146 FAPER) fueron tratados con CB en un intento de curar la arritmia. Se definió la RT por aparición de la arritmia un año después del periodo de *blanking*, con correlación clínica y documentación ECG, más de 10 minutos estable.

Resultados: Veintitrés pacientes (6,2%) (56 ± 12 años; 20 H/3 M) cumplieron estos criterios. Tiempo inicial de la arritmia: 4,5 ± 4 años (1-15). Tiempo de aparición de RT: 27 ± 14 meses (16-50). Todos los pacientes se sometieron a un segundo procedimiento (REDO). En el grupo de FAP, 14 pacientes (82,5%) de los 17 mostraron reconducción de sus VP y 50% en el grupo de FAPER. La hipertensión arterial (HTA) fue un factor común de riesgo asociado con RT en pacientes con FAP (76,5%) y FAPER (83,3%). En el seguimiento de 28 ± 23 meses (9-69) después de REDO, 7 pacientes PAF (41,2%) permanecen en ritmo sinusal (RS) sin medicación, 3 aún están en el periodo de *blanking* y en los otros 4, la arritmia recurrió de nuevo. En el grupo FAPER, 3 pacientes (50%) con RT y VP aisladas, permanecen en RS con medicación; en los otros 3 pacientes, la arritmia recurrió de nuevo con VP aisladas, quedando en RS con medicación. Los datos morfológicos y estructurales se muestran en la tabla.

	AI	VP	TCI	TCD	FEVI
Diámetros (mm)		62	6	0	

FAP						
	AP	39 ± 5 (29-47)	20 ± 3 (14-26)	25 ± 5 (19-31)		
17 pacientes (57 ± 12 años)						
	SI	51 ± 5 (43-60)	21 ± 4 (12-27)	30 ± 3 (28-35)		
14H/3M						68 ± 8% (55-76)
	LAT	40 ± 5 (31-47)				
No CE						
		AI/AREA(cm^2) 20 ± 3 (15-24)				
FAPER			VP	TCI	TCD	
	Diámetros AI (mm)					FEVI
6 pacientes (64 ± 6 años)			21	2	1	
	AP	43 ± 4 (40-50)	22 ± 4 (14-28)	28 ± 4 (25-31)	33	
Todos H						
	SI	56 ± 5 (50-62)	21 ± 3 (14-27)	35 ± 2 (34-37)	34	66 ± 5% (60-70)
	LAT	43 ± 7 (33-49)				
No CE						
		AI/AREA (cm^2) 24 ± 5 (17-30)				

TCI: tronco común izquierdo; TCD: tronco común derecho; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; FAP: fibrilación auricular paroxística; FAPER: fibrilación auricular persistente; CE: cardiopatía estructural.

Conclusiones: 1. La causa más importante de RT tras CB es la reconducción eléctrica AI-VP en el 82,5% de pacientes con FAP. 2. La reconducción de AI-VP y el proceso de remodelado auricular desempeñan un papel similar (50%) en la recurrencia de la arritmia clínica en pacientes con FAPER. 3. La HTA se asocia con una mayor tasa de RT, incluso en pacientes con aislamiento eléctrico completo de su VP demostradas.