Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 4

Revista Española de Cardiología

4001-4. REGISTRO IBÉRICO DE ABLACIÓN DE FRECUENCIAS RÁPIDAS Y REGULARES EN FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE, ANÁLISIS PRELIMINAR DE SEGURIDAD Y EFICACIA AGUDA

Jesús Daniel Martínez-Alday[1], Larraitz Gaztañaga-Arantzamendi[2], Estíbaliz Zamarreño-Golvano[2], Pedro A. Sousa[3], Ben Casteigt[4], Jesús Almendral Garrote[5], Javier García[6], Jorge Luis Rodríguez Garrido[7], Moisés Rodríguez Mañero[8], Ignasi Anguera Camos[9], Alberto Barrera Cordero[10], Eduardo Franco Díez[11], Mª Fe Arcocha Torres[2], Cristina Pascual Pujol[12] y José Miguel Ormaetxe Merodio[2]

[1]Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao. [2]Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. [3]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal. [4]Hospital del Mar, Barcelona. [5]Hospital Universitario de Madrid Montepríncipe, Madrid. [6]Hospital Universitario de Burgos. [7]Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. [8]Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. [9]Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. [10]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. [11]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y [12]Abbott, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de fibrilación auricular persistente (FAP) está por definir. El registro ibérico de ablación de frecuencias rápidas y regulares (RIABARR) es un estudio multinacional en 25 centros (1 portugués) basado en un *software* del sistema de navegación NavX que tiene como objetivo primario si la ablación de dichas zonas aporta un beneficio en la recurrencia al año (FA > 30 segundos) y como objetivo secundario la tasa de terminación aguda.

Métodos: Pacientes con FAP sometidos a aislamiento de venas pulmonares (VVPP) más dos mapas de alta densidad: de rapidez (frecuencias más rápidas que la frecuencia de cada orejuela) y regularidad (desviación típica 30 ms). Los mapas, si estables en el tiempo (toma de puntos de 4 segundos y remapeo posaislamiento de VVPP), se solapan y si coinciden se consideran para ablación. Quedó a opción del operador cuántas áreas ablacionar. En caso de no terminación se mapeaba la aurícula derecha. Se recopilarán los casos durante dos años con un seguimiento de 12 meses con al menos un registro Holter de 7 días al año.

Resultados: Análisis *interim* de 61 pacientes (40 prospectivos) 51 varones, con edad media de 60 ± 11. El tiempo medio de procedimiento fue 231 ± 125 mn (escopia de 23 ± 14 mn, radiofrecuencia 96 ± 52 mn). La frecuencia media basal en ambas orejuelas fue similar (159 ± 27 vs 163 ± 26 ms, derecha vs izquierda respectivamente). La mediana de zonas encontradas fue de 2 en ambas aurículas. La distribución de frecuencias en la aurícula izquierda fue: 0 zonas 13%, 1-20%, 2-30%, 3-20%, 4-9%, 5-7%). En 14p (23%) se obtuvo terminación aguda: 50% a sinusal y en el resto a flúter; en 6 de los 14 durante el aislamiento de las VVPP y en el resto extravenoso. Solo en dos pacientes terminó en la aurícula derecha. Si no terminó, la orejuela izquierda posablación se enlenteció significativamente (159 ± 23 vs 175 ± 29 ms, p 0,001). Hubo dos complicaciones mayores: dos embolias áreas significativas en coronaria derecha con resolución completa. No hubo taponamientos.

Mapas de rapidez (izquierda) y regularidad (derecha) en mismas áreas anterior y posterior de aurícula izquierda (coloreadas en blanco).

Conclusiones: El protocolo RIABARR es un procedimiento de ablación complejo, con tiempos largos y no exento de complicaciones agudas. Más del 80% de los pacientes tienen zonas extra venosas susceptibles de ablación. El porcentaje de terminación aguda y el enlentecimiento de la orejuela izquierda posablación puede mejorar la tasa de recurrencia en el seguimiento, pero dicho dato no se dispone en la actualidad.