



6085-514. ABLACIÓN DE ALTA POTENCIA Y CORTA DURACIÓN (HPSD) EN SEGUNDOS PROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN DE FA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Irene Esteve Ruiz, María Teresa Moraleda Salas, Emilio Amigo Otero, José Miguel Carreño Lineros, Álvaro Arce León y Pablo Moriña Vázquez

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de alta potencia y corta duración (HPSD) ha sustituido en muchos centros a la ablación con potencia convencional (SP), utilizándose incluso en segundos procedimientos (ReDo) de ablación de fibrilación auricular (FA), sustrato sobre el que no fue estudiada esta modalidad de ablación. Nuestro objetivo es investigar la eficacia y seguridad de HPSD comparado con SP.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo, comparando pacientes sometidos a ReDo con HPSD (febrero/22- febrero/23) con una cohorte retrospectiva de ReDo con SP.

Resultados: De 19 pacientes remitidos para ReDo con HPSD, solo 15 tenían al menos una vena pulmonar (VP) reconectada. De los 30 pacientes incluidos (15 HPSD y 15 SP), en el 37% el 1^{er} procedimiento se realizó con crioablación ($p = 0,450$). No se encontraron diferencias significativas en características basales, con dilatación de la aurícula izquierda frecuente en ambos grupos (diámetro medio 46 ± 5 mm). La presentación de FA fue similar en ambos grupos: FA persistente (46,7% HPSD vs 40% SP, $p = 0,713$) y FA persistente de larga duración (26,7% HPSD vs 40% SP, $p = 0,7$). El *flutter* típico (20% HPSD vs 53,3% SP, $p = 0,128$) y atípico (20% HPSD vs 46,7% SP, $p = 0,245$) fueron frecuentes, relacionándose estrechamente con la realización de líneas adicionales en 9 pacientes de SP (6 istmo mitral y 6 línea de techo) y 6 de HPSD (4 istmo mitral y 4 aislamientos de zonas de bajo voltaje). Los principales parámetros de RF vienen resumidos en la tabla. HPSD se asoció con menor tiempo de radiofrecuencia (RF), tendencia a menor tiempo de procedimiento, y menor número de aplicaciones de RF. Se observó mayor caída de impedancia en HPSD tanto en lesiones anteriores como en posteriores en menor tiempo de RF, sin correlacionarse con la fuerza de contacto o LSI. La media de *gaps* fue de 3 en HPSD y 2 en SP. Analizamos el número de lesiones necesarias por cm de *gap* para eliminarlo, siendo esta ratio menor en HPSD que en SP (3,1 vs 4,3, $p = 0,161$). En los 12 meses tras el periodo de *blanking* de 3 meses, el 47% de SP había presentado recurrencias vs 26% de los pacientes de HPSD ($p = 0,450$), siendo la media de tiempo hasta recurrencia de $9 \pm 3,4$ meses. No se encontraron diferencias en complicaciones periprocedimiento.

Parámetros de radiofrecuencia en SP vs HPSD

	SP (n = 15)	HPSD (n = 15)	p

Nº venas reconectadas	2 [1-2]	2 [2-3]	0,202
Tiempo procedimiento	225 [176,3-266,3]	182,5 [135-243,8]	0,316
Tiempo escopia	6,2 ± 3,6	9,6 ± 4,9	0,195
Nº aplicaciones	84,8 ± 38,1	60,4 ± 38,5	0,092
Tiempo RF	23,2 ± 18,2	12,6 ± 7,9	0,038
Potencia	28,4 ± 1,8	38,1 ± 3,6	0,001
Temperatura media	34,7 [34,3-35,9]	36,8 [35,4-37]	0,009
Caída de impedancia	14,6 ± 4,3	19 ± 2,3	0,002
Fuerza	13,8 [10,7-17,2]	14,4 [10,8-15,4]	0,870
Temperatura anterior	36,1 [34,6-36,7]	37 [35,9-38,1]	0,008
Caída de impedancia anterior	15,4 ± 4,8	19,4 ± 2,5	0,009
Fuerza anterior	14,7 [11,3-15,6]	13,1 [10,3-15,5]	0,345
LSI anterior	4,5 [4,2-5,1]	4,9 [4,4-5]	0,486
Temperatura posterior	35 ± 1,3	35,6 ± 1,3	0,224
Caída impedancia posterior	14 ± 4,2	19,4 ± 3,1	0,001
Fuerza posterior	13 ± 5,8	13,9 ± 5,6	0,680
LSI posterior	4,4 ± 0,6	4,5 ± 0,5	0,514
Nº <i>gaps</i>	2 [1-3]	3 [1-4]	0,512
Ratio lesiones/tamaño del gap	4,3 [3,3-5,2]	3,1 [2,9-4,3]	0,161

Los datos se expresan mediante media $\pm$ DE o mediana [p25-p75] y n (%). HPSD: ablación de corta duración y alta potencia; LSI: lesion index; SP: ablación de potencia convencional.



Gaps en VPSD y VPSI.

Conclusiones: HPSD parece ser una técnica segura en ReDo, asociándose a menos tiempo de RF y mayor caída de impedancia, sin diferencias en complicaciones, comparado con SP.