



4022-3. ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES CON APLICACIONES DE RADIOFRECUENCIA DE ALTA POTENCIA Y CORTA DURACIÓN: ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO ALEATORIZADO POWER FAST III

Sergio Castrejón-Castrejón¹, Marcel Martínez Cossiani¹, Nuria Basterra Sola², José Luis Ibáñez Criado³, Joaquín Osca Asensi⁴, Ivo Roca Luque⁵, Ángel Moya I Mitjans⁶, Aurelio Quesada Dorador⁷, Víctor Manuel Hidalgo Olivares⁸, Nicasio Pérez Castellano⁹, Juan Manuel Fernández Gómez¹⁰, Bruno Bochar Villanueva¹¹, Rosa Macías Ruíz¹², Esteban López de Sá y Areses¹ y José Luis Merino Lloréns¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, ³Hospital General Universitario de Alicante, ⁴Hospital Universitario La Fe, Valencia, ⁵Hospital Clínic, Barcelona, ⁶Hospital Universitario Dexeus, Barcelona, ⁷Hospital General Universitario, Valencia, ⁸Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, ⁹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ¹⁰Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, ¹¹Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia) y ¹²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: La aplicación de radiofrecuencia (aRF) de alta potencia y corta duración (APCD) es una alternativa a la de baja potencia y larga duración (BPLD) para el aislamiento de venas pulmonares (AVP). El ensayo clínico POWER FAST III compara la eficacia y la seguridad del AVP con técnica APCD (70W/9s) y técnica BPLD (25-40 W guiada por índices numéricos de lesión). Aquí se comunican los resultados agudos preliminares.

Métodos: El POWER FAST III ha reclutado 302 pac. con FA paroxística o persistente en 12 centros, que han sido aleatorizados 1: 1 a AVP con APCD o BPLD. Criterios de exclusión: ablación previa, intervención coronaria percutánea o ACV 3 meses, trombo en AI. Todas las ablaciones se realizaron con catéteres con sensor de contacto, sin interrupción de anticoagulación oral y con ACT objetivo 350 s. En el grupo BPLD se permitió bajar hasta 25 W en pared posterior. El objetivo primario de eficacia son recurrencias de arritmia auricular documentada con ECG domiciliario de 30 s. El objetivo primario de eficacia son lesiones térmicas esofágicas detectadas mediante endoscopia.

Resultados: Se incluyen 254 pac. (126 grupo APCD y 139 grupo BPLD). Las características basales fueron similares: edad media 62 años (RIC 54-68), 69% varones, 36% FA persistente. Todas las VP se aislaron en ambos grupos excepto 2 VP inf. derecha en el grupo APCD. No hubo diferencias en seguridad: 8 (7,1%) vs 8 (6,6%) pac. presentaron lesión esofágica en los grupos APCD y BPLD respectivamente ($p = 0,1$). Presentaron taponamiento cardiaco 4 (3%) vs 1 (0,8%) pac. en el grupo APCD y BPLD respectivamente ($p = 0,21$). Se detectó una tendencia ($p = 0,0503$) a mayor riesgo de embolia en el grupo APCD (2 ictus, 1 AIT y 1 embolia esplénica) que en el grupo BPLD ($n = 0$). La duración total del procedimiento y el tiempo de RX fueron similares, sin embargo, el tiempo total de RF se redujo en el grupo APCD (12,6 RIC 10,6-15,3 min vs 34 RIC 27-45 min, $p = 0,001$).

Conclusiones: El AVP mediante aRF APCD se asocia a una eficacia aguda y un riesgo de taponamiento o lesión esofágica similares a la RF convencional. No obstante, existe una tendencia a mayor riesgo de complicaciones embólicas con la técnica aRF APCD la cual requiere ser investigada antes de recomendar esta técnica en la práctica clínica habitual.