



4022-2. CRIOABLACIÓN REPETIDA DE VENAS PULMONARES COMO PROCEDIMIENTO DE REABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR: ¿ES UNA BUENA OPCIÓN?

Carlos Antonio Álvarez Ortega¹, César Rainer Solórzano Guillén¹, Alberto Barrera Cordero², Jorge Toquero Ramos³, Jesús Daniel Martínez Alday⁴, Carlos Eugenio Grande Morales⁵, Aníbal Rodríguez González⁶, Arcadio García Alberola⁷, Luisa Pérez Álvarez⁸, Ángel Ferrero de Loma-Orsio⁹, Julio Salvador Hernández Afonso¹⁰, Rocío Cózar León¹¹, Óscar Cano Pérez¹², Emilce Trucco Verneti¹³ y Rafael Peinado Peinado¹⁴

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ⁴Hospital Universitario de Basurto y Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao, ⁵Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ⁸Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ⁹Hospital Clínico Universitario de Valencia y Hospital Quironsalud Valencia, ¹⁰Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, ¹¹Hospital Universitario Virgen Macarena y Hospital Vithas Sevilla, ¹²Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, ¹³Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona y ¹⁴Hospital Universitario La Paz y Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación con catéter de la fibrilación auricular (FA) tanto con radiofrecuencia (RF) como con criobalón (CB), han demostrado ser procedimientos eficaces y seguros en el tratamiento de la FA. Uno de cada tres pacientes sometidos a ablación requerirá un nuevo procedimiento en el seguimiento y se desconoce cuál es la mejor técnica para el mismo. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de la ablación con CB en pacientes con procedimientos previos de ablación de FA con RF o CB.

Métodos: Analizamos un registro nacional de crioablación con balón de FA y comparamos aquellos pacientes derivados para un primer procedimiento de crioablación (Primera-CB) con aquellos a los que se había realizado previamente una ablación de FA con CB (Previa-CB) o con RF (Previa-RF). El objetivo primario del estudio fue el tiempo a la recurrencia de FA en los 12 primeros meses, tras un periodo de *blanking* de 3 meses. Realizamos análisis de supervivencia y construimos modelos uni y multivariados de regresión de Cox.

Resultados: De 1.742 pacientes incluidos en el registro, 1625 alcanzaron los 12 meses de seguimiento. 1.551 (95,45%) fueron sometidos a una Primera-CB, mientras que 33 (2,03%) pertenecieron al grupo Previa-CB y 41 (2,52%) al Previa-RF. Se encontraron más venas reconectadas en el grupo Previa-RF que Previa-CB (40,4% vs.16,5%, $p = 0,0001$). La estimación por Kaplan-Meier de ausencia de recurrencia de FA a los 12 meses tras 3 meses de *blanking* fue del 78,5% (IC95% 76,2%-80,7%) en el grupo Primera-CB, 61,0% (IC95% 41,4%-75,8%) en el grupo Previa-CB y 89,2% (IC95% 73,6%-95,9%) en el grupo Previa-RF. ($p = 0,0002$). El análisis de regresión multivariada de Cox señala al sexo femenino, FA persistente y Previa-CB como predictores independientes de recurrencia. La HR ajustada de recurrencia de FA de Previa-CB frente a Primera-CB fue de 3,13 (IC95% 1,82-5,40) y de Previa-RF frente a Primera-CB fue de 1,01 (IC95% 0,51-1,97).

Modelos de regresión de Cox y predictores de recurrencia de FA uni y multivariado

Procedimiento previo (vs. Primera-CB)

Previa-CB	2,61	1,62-4,19	0,0001	3,13	1,82-5,40	0,0001
Previa-RF	0,84	0,45-1,58	0,598	1,01	0,51-1,97	0,987
Número de procedimientos previos	1,28	0,96-1,69	0,089			
Porcentaje de venas sin electrogramas	1,54	1,14-2,09	0,005	1,23	0,89-1,71	0,212
Edad (> 65 años)	1,21	0,99-1,49	0,065			
Sexo femenino	1,44	1,18-1,76	0,0001	1,43	1,13-1,83	0,003
FA persistente	1,49	1,22-1,82	0,0001	1,49	1,18-1,87	0,001
Diagnóstico previo a 1 año	1,23	0,91-1,66	0,183			
CHA2DS2-Vasc ? 2	1,38	1,14-1,68	0,001	1,10	0,87-1,40	0,408
Ausencia de ejercicio físico	1,36	1,11-1,67	0,003	1,15	0,92-1,44	0,213
Cardiopatía estructural	1,28	1,02-1,62	0,037	1,11	0,85-1,46	0,441
Dilatación de aurícula izquierda	1,30	1,06-1,60	0,011	1,10	0,88-1,39	0,389
Insuficiencia cardiaca	1,36	0,99-1,87	0,059			
FEVI 50%	1,24	0,92-1,67	0,160			
Estrategia con aplicaciones bonus	1,00	0,82-1,23	0,968			

Tamaño del balón (vs. 28 mm)

23 mm	1,24	0,87-1,76	0,231
23 mm + 28 mm	0,92	0,46-1,86	0,818



Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier de recurrencia de FA.

Conclusiones: La reablación de FA con criobalón tras un mismo procedimiento previo muestra mayores tasas de recurrencia que un primer procedimiento de crioablación o tras una ablación previa con RF. Estos datos sugieren que aquellos pacientes con recurrencia de FA tras crioablación tienen peor pronóstico arrítmico y se podrían beneficiarse de otras técnicas de ablación frente a una recurrencia.