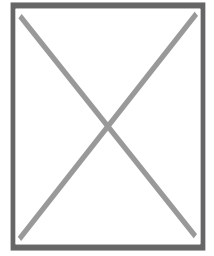




# Revista Española de Cardiología



## 6083-607. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MENOR DE 45 AÑOS. RESULTADOS A LARGO PLAZO

Sofía Calero Núñez, Víctor Manuel Hidalgo Olivares, Sara Díaz Lancha, Ana de León Ruiz, Cristina Ramírez Guijarro, Laura Expósito-Calamardo, Concepción Urraca Espejel, Miguel José Corbi Pascual, Juan Gabriel Córdoba Soriano y José Enero Navajo

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes (p) jóvenes con fibrilación auricular (FA) suelen ser más sintomáticos y más reacios a tomar fármacos antiarrítmicos a largo plazo. La ablación de FA (sobre todo cuando es persistente) se suele emplear como tratamiento de segunda línea independientemente de la edad. Nuestro objetivo es analizar la efectividad y seguridad a medio-largo plazo de la ablación en pacientes < 45 años. Como objetivo secundario analizamos otros factores predictores de recurrencia arrítmica.

**Métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 202p ( $56 \pm 9,3$  años; 72,8% hombres) sometidos a ablación de FA paroxística (FAP 68,8%) o persistente (FAPER 31,2%) mediante radiofrecuencia (91%) o crioablación (9%) entre mayo 2012-junio 2019. Se dividieron en dos grupos (grupo A < 45 años; grupo B > 45 años) Se realizó un seguimiento con Holter-ECG de 24h a los 3, 6, 12 meses y después anualmente.

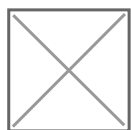
**Resultados:** Hubo 35p (17,3%) en el grupo A y 167p (82,7%) en el grupo B. El sexo masculino (91,4 vs 68,9%,  $p = 0,006$ ) y el tabaquismo (37,1 vs 13,2%,  $p = 0,001$ ) fueron más frecuentes en el grupo A. Sin embargo, en el grupo B hubo más prevalencia de HTA (50,9 vs 22,9%,  $p = 0,002$ ) y mayor CHA2DS2-VASc ( $1,3 \pm 1$  vs  $0,4 \pm 0,6$ ;  $p = 0,01$ ). No hubo diferencias en cuanto a otras características basales (tabla). El seguimiento fue  $29 \pm 18$  meses. En cuanto al objetivo primario de eficacia, la tasa de recurrencia arrítmica al año fue menor entre los pacientes jóvenes (11,4% (4) vs 27,2% (44);  $p = 0,049$ ). Sin embargo, no hubo diferencias en la recurrencia al final de todo el seguimiento (grupo A: 28,6% (10) vs grupo B: 35,8% (58);  $p = 0,42$ ). Un volumen menor de aurícula izquierda fue factor protector [hazard ratio 0,96 (IC95% 0,95-0,99),  $p = 0,003$ ] Hubo más complicaciones entre los pacientes mayores aunque sin alcanzar la significación estadística (4,8% (8) vs 2,9% (1);  $p = 0,61$ ), en los jóvenes solo hubo una complicación que fue estenosis de venas pulmonares. La tasa de reprocedimiento fue similar en los dos grupos.

| Características basales | Total (n = 202) | Edad 45a (35)   | Edad 46-65a (167) | p     |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------|
|                         |                 | Grupo A         | Grupo B           |       |
| Edad                    | $56 \pm 9,3$    | $40,66 \pm 3,8$ | $59,2 \pm 6,5$    | 0,001 |

|                               |              |              |              |       |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Sexo masculino                | 72,8%        | 91,4%        | 68,9%        | 0,006 |
| IMC kg/m <sup>2</sup>         | 29,2 ± 4,3   | 29,3 ± 3,7   | 29,2 ± 4,4   | 0,79  |
| Tabaquismo                    | 17,3% (35)   | 37,1% (13)   | 13,2% (22)   | 0,001 |
| Hipertensión arterial         | 46% (93)     | 22,9% (8)    | 50,9% (85)   | 0,002 |
| FEVI%                         | 63 ± 7       | 61,9 ± 8,6   | 63,3 ± 6,9   | 0,84  |
| C. estructural                | 5,4% (11)    | 0            | 6,6% (11)    | 0,12  |
| CHA2DS2-VASc                  | 1,2 ± 1      | 0,4 ± 0,6    | 1,3 ± 1      | 0,001 |
| Tipo de FA                    |              |              |              |       |
| FAP                           | 68,8% (139)  | 57,1% (20)   | 71,3% (119)  | 0,1   |
| FAPER                         | 31,2% (63)   | 42,9% (15)   | 28,7% (48)   |       |
| Diámetro AI (mm)              | 41 ± 6       | 39,6 ± 6,5   | 41,4 ± 6     | 0,17  |
| Volumen AI (mm <sup>3</sup> ) | 117,7 ± 39,6 | 122,4 ± 40,5 | 116,7 ± 39,6 | 0,82  |
| SAHS                          | 22,3% (45)   | 22,9% (8)    | 22,2% (37)   | 0,93  |
| Antiarrítmico                 |              |              |              |       |
| Clase IC                      | 58,8% (117)  | 65,7% (23)   | 57,3% (94)   | 0,21  |
| Clase III                     | 34,2% (68)   | 22,9% (8)    | 36,6% (60)   |       |
| Betabloqueantes               | 7% (14%)     | 11,4% (4)    | 6,1% (10)    |       |
| Crioablación                  | 9% (18)      | 8,6% (3)     | 9% (15)      | 0,93  |

|                                   |            |            |            |       |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Seguimiento (meses)               | 29 ± 18,7  | 34,3 ± 18  | 28 ± 18,8  |       |
| Mínimo - Máximo                   | 8-82       |            |            |       |
| Complicaciones mayores            | 4,5% (9)   | 2,9% (1)   | 4,8% (8)   | 0,61  |
| Complicaciones                    |            |            |            |       |
| Taponamiento                      | 3,5% (7)   | 0          | 4,2% (7)   |       |
| Estenosis VVPP                    | 1% (2)     | 2,9% (1)   | 0,6% (1)   |       |
| Ac vascular                       | 2,5% (5)   | 0          | 3% (5)     |       |
| Recurrencia total del seguimiento | 34,5% (68) | 28,6% (10) | 35,8% (58) | 0,42  |
| Recurrencia primer año            | 24,4% (48) | 11,4% (4)  | 27,2% (44) | 0,049 |
| REDO                              | 14,2% (27) | 12,1% (4)  | 14,6% (23) | 0,7   |

Las variables cuantitativas se recogen como media ± desviación estándar y las cualitativas en porcentaje y en paréntesis valor absoluto. FAP: fibrilación auricular paroxística; FAPER: FA persistente; REDO: segundo procedimiento.



*Gráficas de supervivencia libre de recurrencia arrítmica.*

**Conclusiones:** En nuestra serie la ablación de FA en pacientes > 45 años mostró mayor eficacia durante el primer año de seguimiento respecto a pacientes mayores, sin embargo el beneficio fue similar a más largo plazo. En cuanto a seguridad no hubo diferencias. Estos hallazgos sugieren que la ablación podría considerarse como primer escalón terapéutico en estos pacientes, pero son necesarios estudios randomizados comparando el tratamiento antiarrítmico con la ablación.