



6001-430. CONEXIONES MUSCULARES VENOSAS EXTRAPULMONARES COMO CAUSA POTENCIAL DE RECONDUCCIÓN DE VENAS PULMONARES EN PACIENTES TRATADOS CON EL CRIO-BALÓN POR FIBRILACIÓN AURICULAR

Jesús M. Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Miguel A. Gómez-Marino, Aracelis Morales Hernández y Vicente Gómez-Tello del Hospital Moncloa, Unidad de Arritmias/Electrofisiología y Universidad Europea de Madrid, Madrid.

Resumen

Introducción: La utilización del catéter-balón (CB) para aislar eléctricamente las venas pulmonares (VP), con lesión producida por frío, es un método más, alternativo, disponible en el armamentario tecnológico actual para tratar pacientes con fibrilación auricular (FA). De sus ventajas destaca entre otras, la simplicidad de poder aislar la vena circunferencialmente con una sola aplicación, y la ausencia de estenosis pulmonar residual. Como desventajas, una significativa tasa de recurrencia clínica y como limitaciones, la imposibilidad de abolir conexiones musculares venosas extrapulmonares (CME), causa potencial de reconducción VP-aurícula izquierda (AI). Analizamos la incidencia de CME en nuestra serie estudiada.

Métodos: Un total de 279 VP, de 71 pacientes con fibrilación auricular paroxística (FAP) (61), y persistente (10), fueron tratadas con crío-ablación con el CB de 28 mm Artic-Front Cryocath para aislar eléctricamente sus VP. Para la cartografía de las VP, mapeo, estimulación y demostración de bloqueo bidireccional (BD) o CME, utilizamos un catéter circular duodecapolar con diámetro ajustable. Tras el aislamiento agudo con el CB, las conducciones residuales fueron eliminadas por RF. Estimulación antral (en la unión VP-AI), en todos los pares del circular y en la AI en seno coronario distal, a 3 diferentes LC (600, 500 y 400 ms), se realizó en todos los casos y en todas las venas, repitiéndose con Adenosina tras demostración de BD con estimulación y mapeo distal dentro de la vena.

Resultados: CME se demostraron en 13 VP (7 VPSI, 6 VPII), 4,1% de las VP del grupo con FAP y 7,5% del grupo con FA persistente de 10 pacientes (14%): 8 con FAP (11,2%) y 2 con FA persistente (2,8%).

Conclusiones: Las CME no pueden ser eliminadas por el CB, representando un porcentaje significativo de potencial reconducción, a incrementar a las propias características de la lesión y la técnica, y que ayudan a explicar los porcentajes significativos de recurrencias clínicas, tras el "aparente" aislamiento eléctrico agudo. La correcta identificación de las mismas y su eliminación con RF pueden incrementar significativamente el porcentaje de éxito del CB.