



4024-5. ABLACIÓN DE *FLUTTER* AURICULAR IZQUIERDO CON APLICACIÓN FOCAL DE RADIOFRECUENCIA

Sergio Castrejón Castrejón¹, José Luis Merino Lloréns¹, Alejandro Estrada Mucci¹, Jorge Figueroa¹, David Filgueiras-Rama¹, Marta Ortega Molina¹, Rosa González Davia² y José Luis López Sendón³ de la ¹Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada, Hospital La Paz, Madrid, ²Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid) y ³Servicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La estrategia de ablación del FTA-AI es crear líneas de bloqueo entre barreras anatómicas/cicatriz. La creación de éstas puede ser difícil, requerir aplicación de RF extensa y no está libre de riesgos. La caracterización del circuito permitiría encontrar áreas débiles (istmos estrechos de conducción lenta) susceptibles a ablación con aplicación focal.

Métodos: Se incluyen todas las taquicardias de AI reentrantes demostradas por encarrilamiento con fusión o terminación con estímulos no propagados, excluyéndose si no criterios claros de reentrada. Se estudiaron con mapas de ciclos de retorno (CR) y activación/voltaje. La zona de ablación se seleccionó si: CR < +10 ms y electrograma diastólico con reset/encarrilamiento oculto ortodrómico o terminación con estímulos no propagados. Reentradas murales son las localizadas en la superficie de una cara auricular sin relación a barreras anatómicas (figura). Se consideró éxito si terminación focal con no reinducción.

Resultados: 32 P (68 ± 11 años, 57% varón) con 38 estudios EF en los cuales se hizo ablación eficaz de ? 1 circuito de FTA-AI con aplicación focal de RF. Se excluyeron 4 P porque la ablación se dirigió a un *gap* en línea de RF previa. Se caracterizaron 43 circuitos (LC mediana 320 ms, rango 210-580 ms): 11 FTA mural anterior, 10 perivenas izquierdas, 7 FTA mural posterior, 6 perimitrales, 4 FTA de orejuela, 2 FTA septales, 1 FTA perivenas derechas, 1 FTA mural lateral y 1 FTA de seno coronario. Hubo éxito agudo de RF focal en 41 circuitos (95%), fracaso en 1 caso y 1 éxito dudoso (reinducción no sostenida). La mediana de tiempo RF focal hasta terminación fue 14 s (rango 2-94 s). El electrograma local mostró duración mediana 98 ms (rango 51-240 ms) y voltaje 0,08 mV (rango 0,03-1,1 mV). Tras seguimiento (mediana 44 meses, rango 3-95 meses), 3 P (9%) presentaron recurrencia de uno de los circuitos y 2 P (6%) un nuevo tipo de FTA-AI, tratados con éxito en otro procedimiento. 3 P (9%) tuvieron recurrencia única de FTA con CVE, 2 P (6%) FA permanente y en otros dos se hizo ablación de NAV (6%). El 63% de los P no ha presentado recurrencia alguna. Sólo 3/43 circuitos han recurrido (7%).

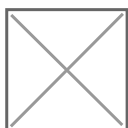


Figura. Mapa de CR de un FTA mural de pared anterosuperior de AI y aplicación RF focal: los puntos con CR exactos (en blanco) definen el circuito.

Conclusiones: La ablación de FTA-AI es posible con aplicaciones focales, estrategia que parece exitosa a largo plazo y que se debería considerar una alternativa válida a la ablación lineal.