



## 6002-25. AUSENCIA DE TEJIDO DORMIDO TRAS LA CRIO-ABLACIÓN CON EL CATÉTER-BALÓN DE 2ª GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA. UTILIDAD DEL PROTOCOLO DE ADENOSINA

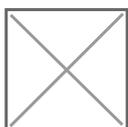
Jesús Manuel Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Luis Azcona Varela, Aracelis Morales Hernández, Octavio Rodríguez Pérez, Lourdes Lacal San Juan, Miguel Ángel Vargas Díaz e Ildefonso del Campo Sánchez de la Unidad de Arritmias, Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca, Hospital Universitario Moncloa, Universidad Europea de Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La irrupción en la práctica clínica del crio-balón de 2ª generación (CB2) con modificaciones técnicas derivando en lesiones tisulares más amplias para desconectar eléctricamente (DE) sus venas pulmonares (VP) de la aurícula izquierda (AI), en el tratamiento de pacientes con fibrilación auricular paroxística (FAP), está haciendo cambiar los protocolos de actuación, los tiempos de aplicación y los límites de temperatura alcanzados, en evitación de daños mayores en estructuras extracardiacas, así como protocolos de actuación incluyendo la administración de adenosina (AD). El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar prospectivamente la utilidad del protocolo de AD para identificar lesiones incompletas por tejido dormido tras DE-CB2.

**Métodos:** Ciento noventa y seis VP de 54 pacientes ( $55 \pm 13$  años) con FAP fueron tratadas con CB2 para aislar eléctricamente sus VP de la AI, con demostración de bloqueo bidireccional (BB) basal y tras AD. Ningún paciente tenía cardiopatía estructural, ni dilatación de la AI, con un área media de  $21 \pm 5$  cm<sup>2</sup> (11-32), 17 troncos comunes (TC) izquierdos con  $28 \pm 4$  (20-35) mm de diámetro antero-posterior (AP) y  $26 \pm 5$  (18-34) mm supero-inferior (SI) y 3 TC derechos con  $28 \pm 5$  (23-33) y  $28 \pm 1$  (27-29) mm de diámetros respectivamente AP y SI. Ciento ochenta VP (92%) fueron tratadas con el CB2 de 28 mm y 16 VP (8%) con el CB2 de 23 mm. El número medio de oclusiones fue de  $2 \pm 1$ , con oclusiones completas grado IV en 375 aplicaciones de 240 sg con temperaturas medias en el nadir de  $-51 \pm 6$  °C. Duración total del procedimiento:  $150 \pm 39$  min (85-195).

**Resultados:** Seis VP (3%), de 5 pacientes mostraron conducción residual (CR) basal en diferentes segmentos (fig.) y ninguna evidencia de tejido dormido pudo desenmascarse tras AD. Todos los gaps residuales fueron abolidos con aplicaciones puntuales de RF. Un paciente de los 5, presentó recurrencia clínica de la arritmia, mostrando en el 2º procedimiento (Redo) CR en diferentes segmentos del basal.



*Localización segmentaria de la CR (gap).*

**Conclusiones:** El CB2 produce más homogéneas y persistentes lesiones tisulares residuales con menores tiempos de aplicación de frío, resultando en un porcentaje mínimo de reconducciones agudas (3%) y ausencia de lesiones incompletas por tejido dormido, disminuyendo sustancialmente los tiempos de duración del procedimiento. La utilización de AD con el CB2 carece de valor práctico y debe ser evitada.