



4028-6. AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES MEDIANTE DIFERENTES PARÁMETROS DE ALTA POTENCIA Y BREVE DURACIÓN: FACTIBILIDAD, EFICACIA AGUDA Y SEGURIDAD

Sergio Castrejón-Castrejón¹, Marcel Martínez Cossiani¹, Marta Ortega Molina¹, Carlos Escobar Cervantes¹, Consuelo Froilán Torres², Maurice Batlle Pérez³, Rosa González Davia⁴, Federico Gutiérrez Larraya⁵, José Luis López Sendón⁶ y José Luis Merino Lloréns¹, de la ¹Unidad de Arritmia y Electrofisiología Robotizada, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Unidad de Sangrantes, Servicio de Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ³Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid), ⁴Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid), ⁵Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid y ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento eléctrico de venas pulmonares (AVP) usando aplicaciones de radiofrecuencia (aRF) punto a punto (RFPP) requiere más tiempo que la criablación y tiene más riesgo de lesiones esofágicas. El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad y seguridad del AVP usando RFPP de alta potencia y corta duración (APCD).

Métodos: 125 pacientes distribuidos en 2 grupos consecutivos. Grupo 1: n = 47, RFPP con aRF 30W, ? 30 s con control de temperatura esofágica. Grupo 2: n = 78, 3 tipos de APCD. Grupo 2A: n = 18, aRF 50W hasta alcanzar LSI ? 5 o Abl-Index ? 350. Grupo 2B: n = 30, aRF APCD de 60W y 7-10 s. Grupo 2C: n = 30, aRF APCD de 70 W y 9s. Endoscopia esofágica tras ablación a todos los pacientes.

Resultados: Aislamiento del 96% de las VP en el Grupo 1 y del 100% en el Grupo 2 (p = 0,6). Tiempo total de RF: 30 [27-43], 25 [20-29], 16 [14-20] y 14 [11-16] min en grupos 1, 2A, 2B y 2C respectivamente (p 0,001). Duración de las aRF: 12 [9-17], 9 [8-9] y 9 [8-9] s en grupos 2A, 2B y 2C respectivamente (p 0,001). Número total de aRF para AVP: 105 [90-126] en 2A, 113 [90-135] en 2B y 94 [79-112] en 2C (p = 0,12). AVP al primer paso en el 56, 57 y 85% de VP-izqd (p = 0,038) y en el 56, 60 y 82 de VP-der (p = 0,13) en grupos 50W, 60W y 70W respectivamente. La zona más habitual de conducción persistente fue la carina. Reconexión: 6%, 3% y 11% de VP-izqd (p = 0,6) y 6%, 7% y 4% de VP der (p = ,063) en grupos 50W, 60W y 70W respectivamente. Test de adenosina en grupos 60W y 70W: conducción durmiente en 23% y 22% en las VP-izad (p = 0,9) y 20% y 22% (p = 0,8) en VP-der respect. en esos grupos. Lesión esofágica: 28% en el Grupo 1, 22% en grupo 2A y 0% en los grupos 2B y 2C, ninguna de ellas progresiva.



Tiempo total de RF según grupo.

Conclusiones: El aislamiento de VP mediante RFPP de APCD es factible en la mayoría de los pacientes requiriendo menos tiempo total de RF. Esta técnica parece estar asociada a menor incidencia de lesión

esofágica en comparación con la convencional, especialmente cuando se emplean potencias altas (60-70W) con aplicaciones más breves.