



6083-629. DISEÑO A MEDIDA DEL PROCEDIMIENTO DE ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES PARA LA DISMINUCIÓN DE RECURRENCIAS

Amaia Martínez León, Rut Álvarez Velasco, David Testa Alonso, Laura Díaz Chidron, Daniel García Iglesias, Diego Pérez Díez, José Manuel Rubín López, César Morís de la Tassa y David Calvo Cuervo

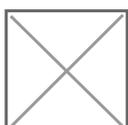
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Diferentes sustratos arrítmicos podrían precisar diferentes patrones de diseño de la ablación circunferencial de venas pulmonares (ACVP) con el objetivo de maximizar la ablación antral obtenida, al mismo tiempo que se minimiza la extensión del daño causado por la propia ablación.

Métodos: Bajo la hipótesis de que el volumen excluido de masa auricular eléctricamente activa (volumen eléctricamente activo; VEA [cm^3]) con la ACVP, es un predictor de recurrencia tras la ablación de venas pulmonares, se diseñó un estudio prospectivo en pacientes remitidos para ablación. Se realizó un mapeo de voltaje en la aurícula izquierda y venas pulmonares (PentaRay). Para definir el límite externo del VEA, las venas pulmonares fueron cortadas tangencialmente en la transición de 0,19-0,2 mVol (fig.; Paneles A y B). Posteriormente, cada ACVP fue cortada tangencialmente para definir el límite interno de cada VEA. Los VEA correspondientes a las venas izquierdas y derechas fueron calculados de forma automática por el sistema de mapeo (CARTO). Se calculó la relación porcentual del VEA en relación al volumen total de la aurícula izquierda (%VEA). Dado que la extensión del daño causado por la ACVP viene determinado por el perímetro de las mismas, para balancear el riesgo beneficio se construyó el índice de exclusión como %VEA/Perímetro ACVP.

Resultados: Se evaluaron 105 pacientes, de los cuales 8 fueron excluidos por no haberse completado la ablación de alguno de los antros de vena pulmonar. 26 pacientes experimentaron recurrencias de FA o flutter izquierdo en un año de seguimiento. En el análisis univariante tanto el índice de masa corporal (IMC) como el índice de exclusión mostraron asociación significativa con las recurrencias ($p = 0,047$ y $p = 0,044$ respectivamente). En un modelo de regresión que incluyó el IMC, el Índice de Exclusión, la puntuación CAHDS-Vasc, el aclaramiento de creatinina, la presencia de insuficiencia cardiaca y los antecedentes de apnea del sueño, solo el índice de exclusión resultó predictor independiente de recurrencia ($p = 0,048$; OR 0,191; IC95%: 0,037-0,987).



Conclusiones: Pese a la relevancia de variables clínicas como el IMC, nuestros datos apuntan a que es posible diseñar patrones de ablación basados en criterios geométricos y específicos para cada paciente que permitan optimizar los resultados del procedimiento de ablación.