



5004-5. EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO EN LA ABLACIÓN DEL ISTMO MITRAL MEDIANTE ELECTROPORACIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Iván García Díaz¹, Adrián Costa Santos¹, M.M. Fe Arcocha Torres¹, Larraitz Gaztañaga Arantzamendi¹, Estíbaliz Zamarreño Golvano¹, Haritz Arrizabalaga Aróstegi¹, Iván Cano González¹, Irene Rubio López², Santiago Regueira Ferrer¹, Tania Ruiz López¹, Damián Fernández Costa¹, María Taibo Urquia¹, Nuria Cuadra Escolar¹, José Miguel Ormaetxe Merodio¹ y Jesús Daniel Martínez Alday³

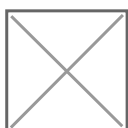
¹Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España, ²Boston Scientific Iberica, Madrid, España y ³Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento de las venas pulmonares (VVPP) constituye la piedra angular del tratamiento de la fibrilación auricular (FA) por sus resultados clínicos y pronósticos. La ablación con electroporación (EP) es un método prometedor ya que utiliza energía no térmica y selectiva del tejido cardíaco. Sus ventajas cobran especial relevancia en los casos de recurrencia de FA tras una ablación, en FA persistente y en *flutter* izquierdo para el abordaje de otros sustratos como el istmo mitral (IM). Conseguir el bloqueo del IM posterior es algo técnicamente complejo que requiere ablaciones prolongadas con radiofrecuencia y frecuentemente abordaje desde el seno coronario (SC) o ablación con alcohol de la vena Marshall. El objetivo es analizar la experiencia inicial de nuestro centro en cuanto a eficacia y seguridad de la EP en la ablación del IM en pacientes con FA y *flutter* perimitral.

Métodos: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra consecutiva de 30 pacientes (24 hombres/6 mujeres con edad 62 ± 9 años) sometidos a EP (Farapulse, Boston) del IM, de julio de 2023 a abril de 2024, en dos centros hospitalarios de nuestro medio que comparten operadores. Se analizan las características basales de los pacientes, la duración del procedimiento y la tasa de complicaciones.

Resultados: La forma de presentación fue: 4 casos de *flutter* izquierdo, 10 de FA persistente y 16 de FA persistente como 2º procedimiento. Además del aislamiento de las VVPP e IM se añadió la ablación de techo y pared posterior en un 90%. En el 76,6% se utilizó navegador electroanatómico. Todos los pacientes pretratados con 1 mg de nitroglicerina IV. La evaluación del IM se realizó durante estimulación de la orejuela izquierda con el propio catéter de ablación en modo *basket* comprobando que la activación del SC fuera derecha-izquierda. El tiempo total del procedimiento (piel a piel) fue de 117 minutos, en aurícula izquierda de 74 minutos, de ablación de 54 minutos y de escopia de 30 minutos. La media de aplicaciones en el IM fue de 16 ± 9 . No hubo complicaciones agudas del procedimiento. Se pudo comprobar el bloqueo del IM en 28 pacientes consiguiendo el bloqueo en 26 (92%).



Bloqueo del istmo mitral.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, la EP supone un método seguro, rápido, sencillo y eficaz para lograr de forma aguda el bloqueo del IM por vía endocárdica por lo cual la consideramos la técnica de elección si este fuera el propósito.