

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

6003-64 - FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE DE LARGA DURACIÓN. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES TRATADOS CON CRIOABLACIÓN SELECCIONADOS PRE- Y POSCARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y FARMACOLÓGICA

Jesús Manuel Paylos González, Clara Ferrero Serrano, Octavio Rodríguez Pérez, José Ramón Conesa Martínez, Lourdes Lacal San Juan, Erich Jurgen Heim, Yasser Hessein Abdou y Carlos Martínez del Laboratorio de Electrofisiología/Arritmias, Hospital Universitario Moncloa, HLA, Universidad Europea de Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La desconexión eléctrica de las venas pulmonares (VP) de la aurícula izquierda (AI) por crio-ablación con catéter-balón (CB), se ha demostrado eficaz en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular (FA). Sin embargo, los resultados difieren significativamente de paroxística a persistente, y muchos factores relacionados con el proceso de remodelado auricular juegan un papel importante en esto. La FA causa remodelado eléctrico y la FA crónica deriva a un acortamiento del periodo refractario efectivo auricular (PREA) y pérdida de su fisiológica adaptación frecuencia-dependiente, lo que hace a la aurícula más vulnerable a la FA. Estudios experimentales y en humanos han demostrado que los cambios electrofisiológicos están influenciados por sobrecarga de calcio intracelular, y el verapamil (VRP), pero no otro fármaco antiarrítmico (AAD) puede atenuar este efecto. Según esto, se intentó conseguir la estabilización eléctrica auricular pre- y postcardioversión (CV) con VRP y AAD 3 meses antes de CB-VP en pacientes con FA persistente de larga duración (FAPLD).

Métodos: Se trató a 69pacientes, (56 varones, 61 ± 10 años) por FAPLD, 54 con el CB de segunda generación. Duración media de la arritmia estable: 5 ± 5 años (2-24). Diámetro AP medio de AI 42 ± 6 mm. Post-CB se realizó evaluación electrofisiológica pre- y postcardioversión 0,15 mg/kg de VRP y 1,5 mg/kg de flecainida y los PREA medidos. Criterios de exclusión para CB-VP: tamaño AI ≥ 50 mm y fracaso de la CV para revertir a ritmo sinusal (RS). Tras 3 meses en RS estable con AAD, aislamiento eléctrico completo de las VP se consiguió en todos los casos con CB, y un periodo de seguimiento medio de 42,6 meses (4 ± 2 años) analizado tras suspender AAD 3 meses después de CB-VP.

Resultados: El PREA pasó de 205 ± 16 ms a 237 ± 16 ms ($p \leq 0,05$) tras VRP y AAD. Cuarenta y 6 pacientes (66%) mantienen RS sin medicación tras una única intervención. La FA recurrió en 23 pacientes (33%) a los que se le dio AAD, 9 rehusaron un segundo procedimiento (REDO) y permanecen en FA. En los 14 restantes se restauró el RS tras AAD y fueron REDO. En un seguimiento de 30 ± 20 meses, los 14 REDO pacientes permanecen en RS (4 con AAD). Tras REDO, 60 pacientes (87%) permanecen en RS.

Conclusiones: El remodelado eléctrico auricular inducido por RS+VRP+AAD 3 meses pre- y post-CB-VP puede seleccionar pacientes con FAPLD para CB-VP con mejores resultados a largo plazo.