

Pulsed field ablation + atrial driver mapping. Resultados agudos de una nueva estrategia multidiana para la ablación de fibrilación auricular persistente de larga duración

Tomas Domingo Gardeta(1), Laura González Ruiz(1), Roberto Gómez Sánchez(1), Melanie Fernández Caso(1), Marcos Albarrán Gómez(1), Henar Jurado González(1), Alejandro Carta Bergaz(1), Pablo Ávila Alonso(1), Gonzalo Ricardo Ríos Muñoz(2), Esteban González Torrecilla(1), Felipe Atienza Fernández(1), Javier Bermejo Thomas(1) y Ángel Arenal Maíz(1) de (1)Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, y CIBERCV, Madrid - España y (2)Universidad Carlos III de Madrid, Leganés (Madrid) - España

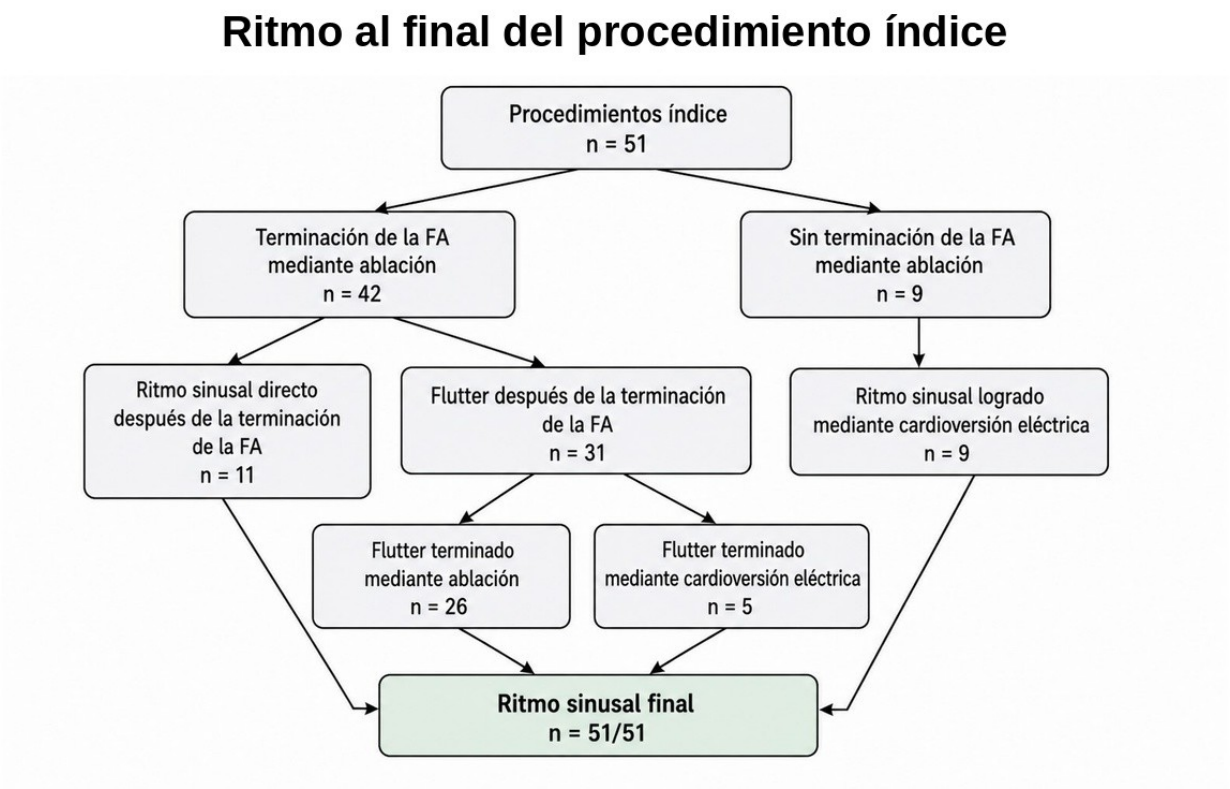
Introducción: La ablación de fibrilación auricular (FA) presenta resultados menos favorables en FA persistente, especialmente de larga duración. La existencia de nuevas herramientas ha permitido desarrollar más estrategias de ablación. Presentamos el diseño y los resultados agudos del estudio piloto PFA+ADM, cuyo objetivo es evaluar la seguridad y eficacia de una estrategia de ablación multidiana basada en la identificación de drivers de FA (atrial driver mapping, ADM) y ablación con campos pulsados (PFA).

Métodos: Se reclutaron 54 pacientes sin ablación previa en aurícula izquierda. El procedimiento se realizó con el sistema Affera (Medtronic), sistema RAIS de detección de actividad rotacional y mapeo ECGi no invasivo con Acorys (Corify). Se realizó ablación con PFA en los puntos identificados de actividad rotacional y, tras ello, aislamiento de venas pulmonares y pared posterior de aurícula izquierda, con el objetivo de finalizar la FA mediante ablación. Se realizó segundo procedimiento en presencia de recurrencia arrítmica más allá del periodo ventana del primer mesEstá previsto un seguimiento de 12 meses.

Resultados: A fecha límite de envío se realizaron 51 procedimientos. Todos los pacientes acabaron el procedimiento en ritmo sinusal. La FA terminó en 42 pacientes (82,4%) con la ablación de la actividad rotacional en aurícula izquierda (31, 73,8%) o en ambas (11, 17,8%), sin cardioversión eléctrica externa y antes del aislamiento de venas pulmonares o la realización de otras líneas. 11 de estos pacientes (26,2%) pasaron directamente a ritmo sinusal y 31 (73,8%) a flutter auricular. De estos últimos, en 26 (83,9%) se ablacionó exitosamente el circuito reentrante.
En cuanto a la seguridad, no se registraron eventos adversos mayores (muerte, ictus, lesión esofágica, lesión frénica, taponamiento/perforación ni complicaciones vasculares graves). Aconteció un bloqueo AV transitorio que no requirió estimulación.

Conclusiones: Este estudio piloto muestra que la estrategia multidiana de ablación de FA persistente es factible y segura, sin complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento. Además, muestra una eficacia aguda

prometedora, con alta tasa de terminación de FA mediante ablación. En el seguimiento mediremos la carga arrítmica y evaluaremos si, como se ha visto en series previas, la terminación de la FA con PFA se asocia a menor recurrencia, pudiendo constituir un endpoint procedimental relevante.



Características clínicas basales

Edad, años	61,6 ± 7,9
Varones	47 (90,4%)
IMC, kg/m²	31,0 ± 4,3
CHA_2DS_2-VASc	2,0 ± 1,4
Ictus previo	3 (5,8%)
Síndrome de apnea del sueño	14 (28,0%)
Abuso de alcohol	5 (9,6%)
Cardiopatía estructural	18 (34,6%)
FEVI, %	52,1 ± 12,1
Diámetro anteroposterior de AI por ecocardiograma, mm	44,0 ± 5,1
Nt-proBNP	783,0 (544,0, 1174,0)
FA persistente de larga duración	38 (73,1%)
EHRA class ≥ IIa	48 (89,5%)
Ablación de FA previa	0 (0%)
Número de CVE previas	1,2 ± 0,9
Tratamiento previo con antiarrítmicos	32 (61,5%)
ACOD	44 (84,6%)

IMC: índice de masa corporal; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda; FA: fibrilación auricular; CVE: cardioversión eléctrica; ACOD: anticoagulante de acción directa