




Germans Trias i Pujol
Hospital



CAS CLÍNIC

Ablació de fibril·lació auricular

Júlia Aranyó Llach
Servei de Cardiologia;
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol



Pacient de 49 anys, sense al·lèrgies. Fumador. Sense FRCV.

Història cardiològica:

Abr-2016 Diagnòstic de fibril·lació auricular arrel d'episodi de dolor toràcic. CV farmacològica i flecainida 50mg/12h. Sense ACO per CHADS2VA2SC=0.

Abr-2017 Visita de control amb cardiologia de zona. ECG en fibril·lació auricular. Pràcticament asimptomàtic.

ETT sense cardiopatia estructural, AE moderadament dilatada (**46mm**).

Des-2017 Derivat a CEX de cardiologia del nostre centre.

Gen-2018 CVE amb recidiva immediata fins a en dues ocasions (fins i tot després de flecainida ev).



PREGUNTA

Estratègia a seguir?

1. Donat que el pacient es troba pràcticament asimptomàtic assumir diagnòstic de fibril·lació auricular permanent i estratègia de control de FVM.
2. Canvi de medicació antiarítmica i intentar novament CVE.
3. Ablació de fibril·lació auricular.



PREGUNTA

Ablació de FA... quina tècnica?

1. Aïllament de venes pulmonars únicament com a primera opció.
2. Aïllament de VVPP + substrat elèctric (rotors, CFAEs).
3. Aïllament de VVPP + substrat anatòmic empíric (línies).
4. Aïllament de VVPP + substrat anatòmic (fibrosi).



RMN CARDÍACA

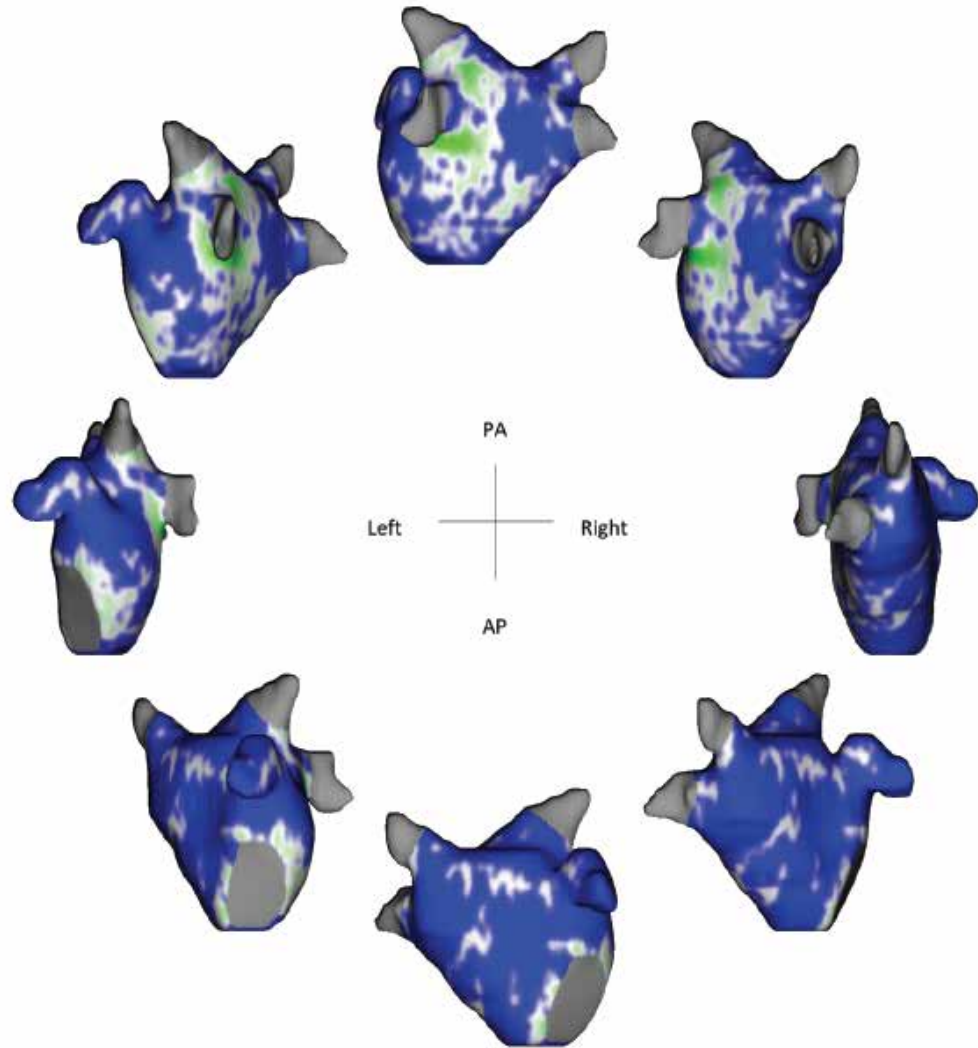
LA Enhancement: 18.4%

Utah Classification: 2

LA volume: 124ml (60ml/m²)

Classificació de Utah:

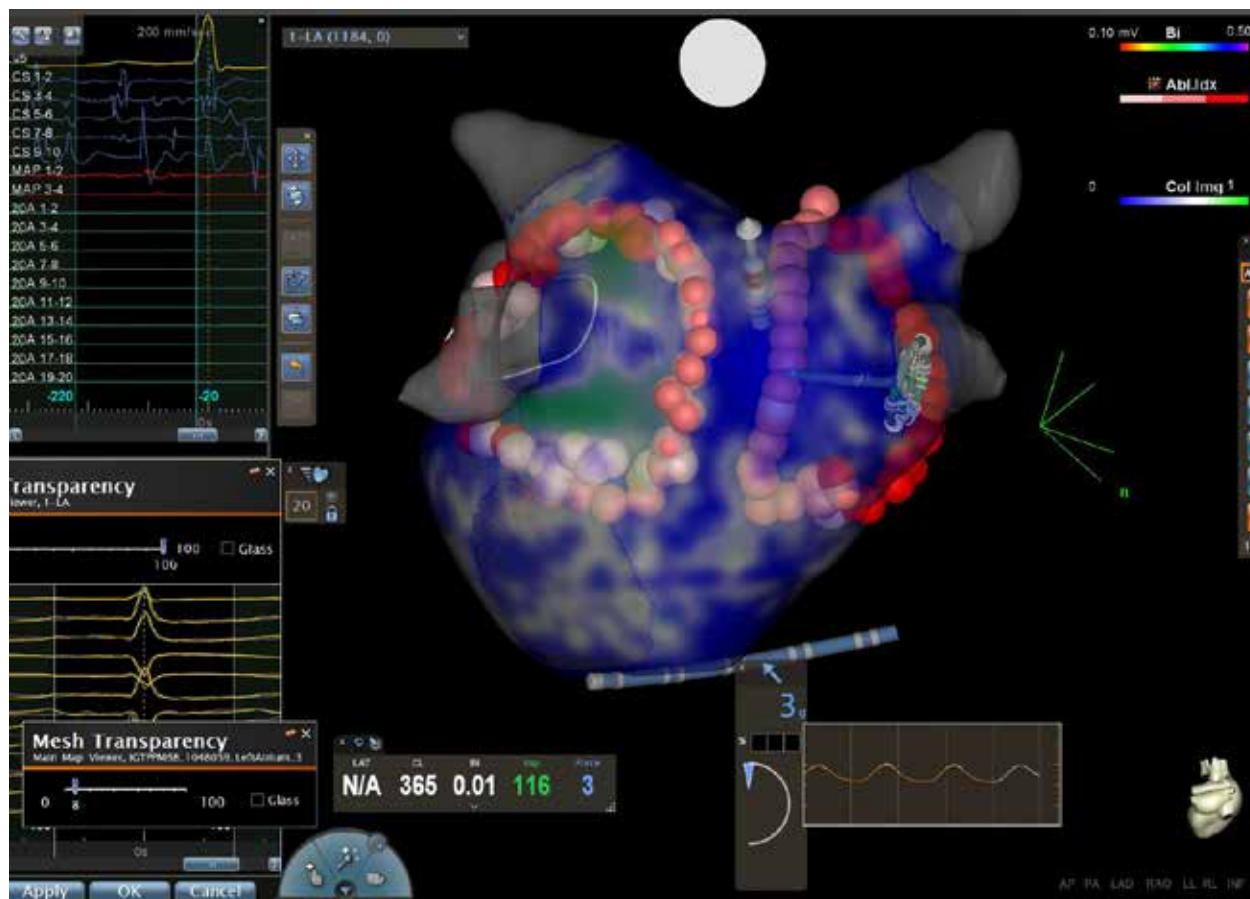
- 1 (<10%)
- 2 (10-20%)
- 3 (20-30%)
- 4 (>40%)





ABLACIÓ FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Aïllament de venes pulmonars





PREGUNTA

Un cop aïllades les VVPP... Que fem a continuació?

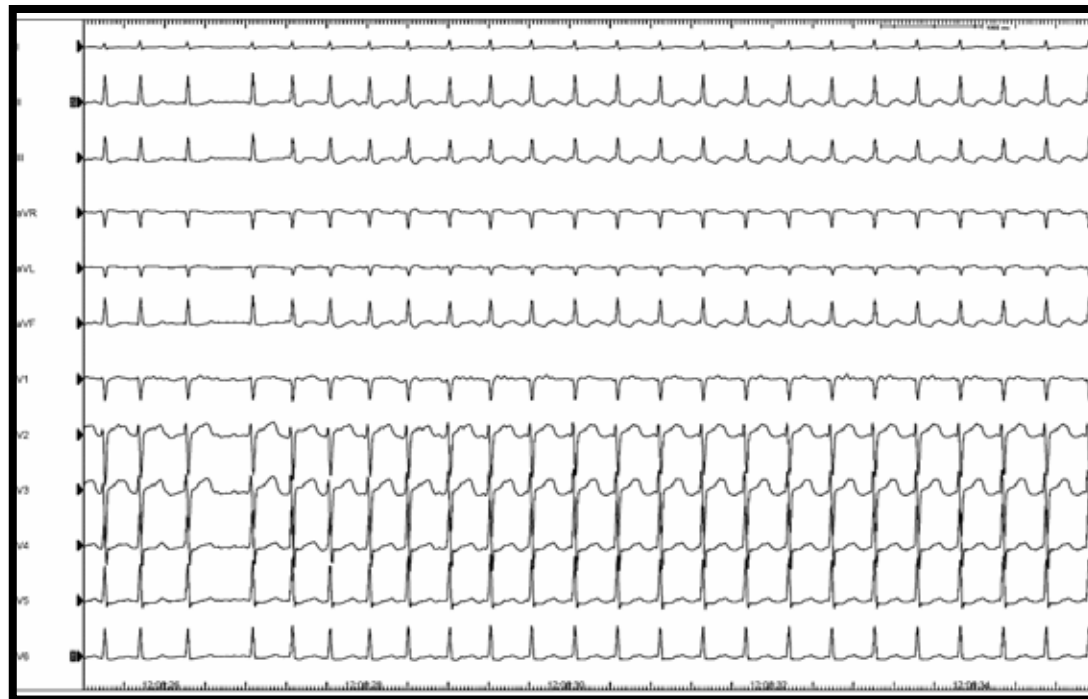
1. Res, doncs el procediment d'ablació de FA ja s'ha completat.
2. Buscar zones d'electrogrames auriculars fragmentats (CFAEs) i eliminar-les.
3. Realitzar línies d'ablació addicionals (sostre i/o istme mitral).
4. Eliminació substrat i zones de realç tardà guiada per RMN (fibrosi).



ABLACIÓ FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

S'opta per ablació de substrat amb **box posterior ampli**at.

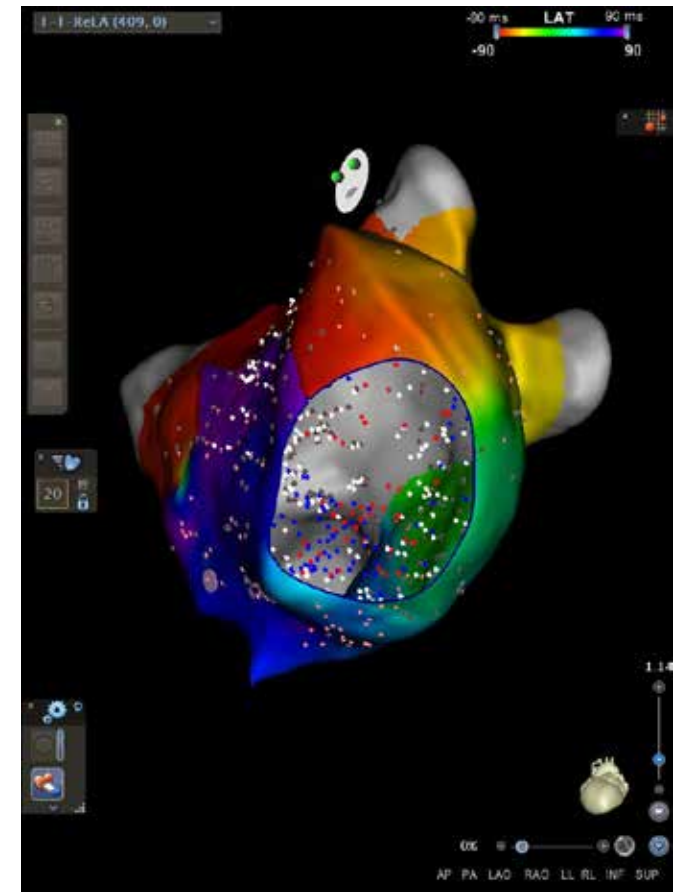
Durant el procediment organització de la FA en taquicàrdia regular.

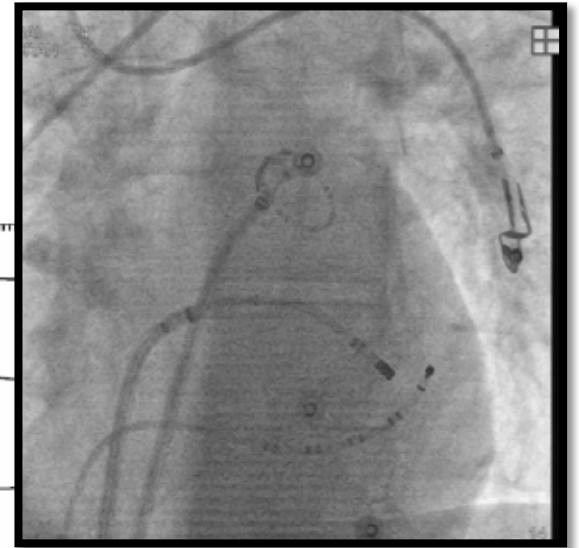




ABLACIÓ FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Es realitza mapeig electroanatòmic i maniobres d'encarrilament que resulten compatibles amb **flutter perimitral horari**.







ABLACIÓ FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Flutter perimitral horari:

- ↪ Línia mitral lateral (AI > 550, CF òptim).
- ↪ Línia mitral inferoposterior (seguint fibrosi)
- ↪ Ablació epicàrdia a través del si coronari.

Amb això enlentiment del flutter, sense aconseguir bloqueig de l'istme mitral.

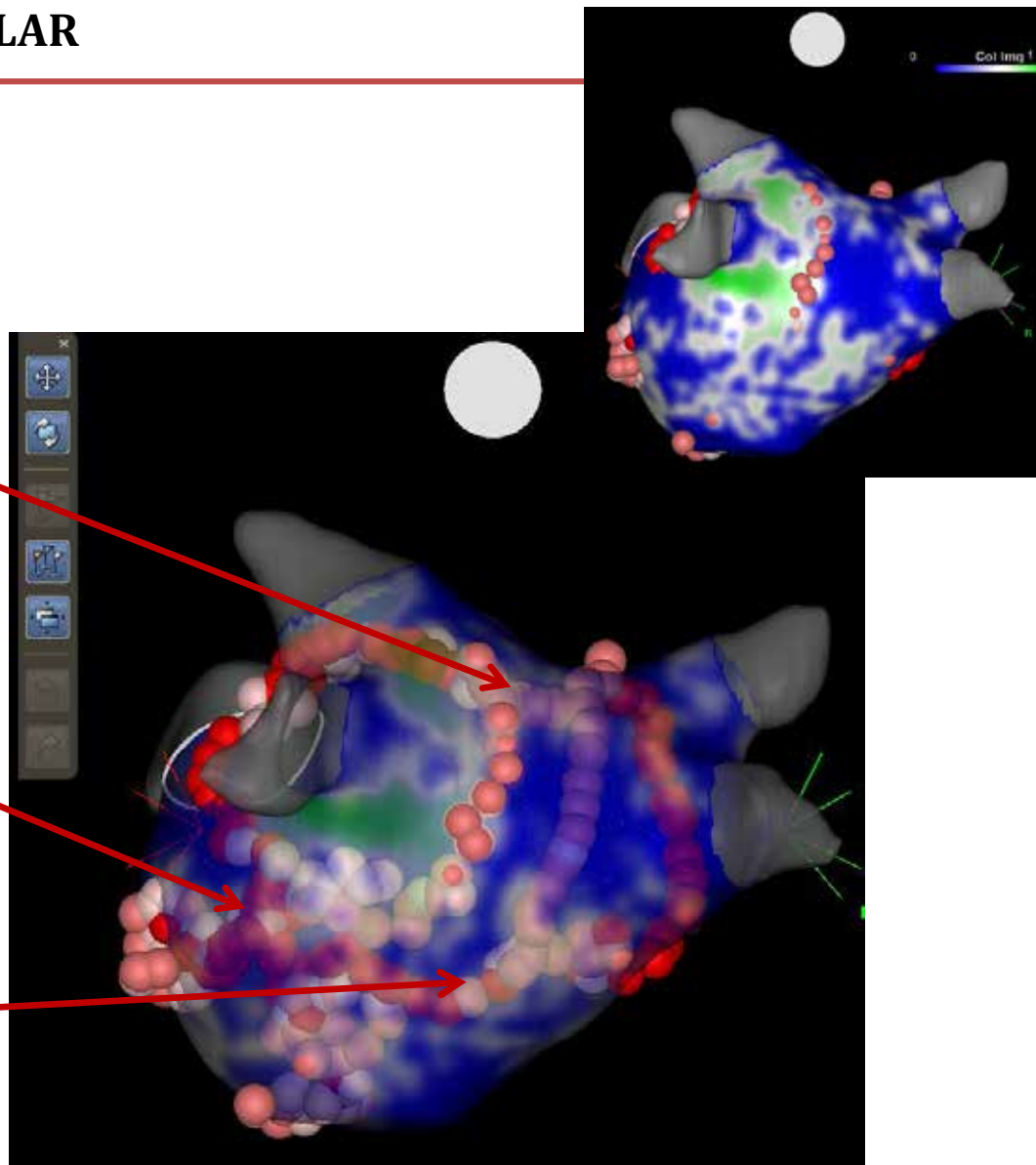
Cardioversió elèctrica, efectiva.

ABLACIÓ FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Línia posterior superior

Línia mitral lateral

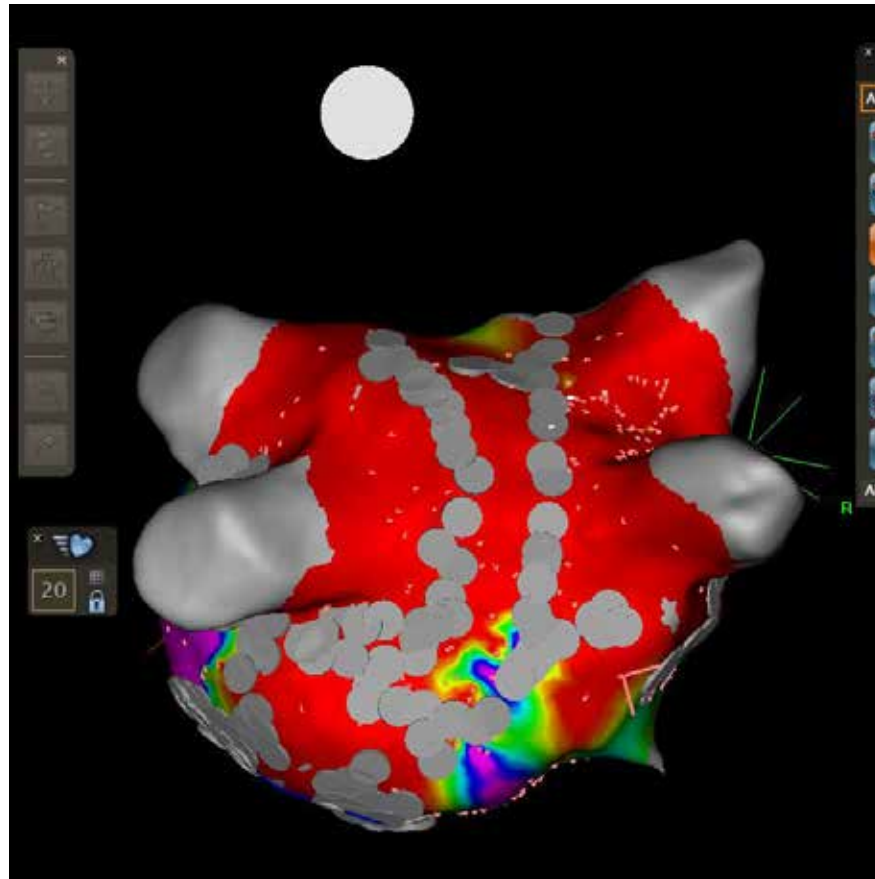
Línia posterior inferior





ABLACIÓ FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

Mapa de voltatge post ablació





EVOLUCIÓ

És donat d'alta amb flecainida 50mg/12h.

Visita de control als **3 mesos**:

Totalment asimptomàtic.

ECG en fibril·lació auricular a 80x'.

Es sol·licita **ECG-Holter 7 dies** i **RMN cardíaca**.

Es manté mateixa medicació antiarítmica.

ECG-Holter 7 dies

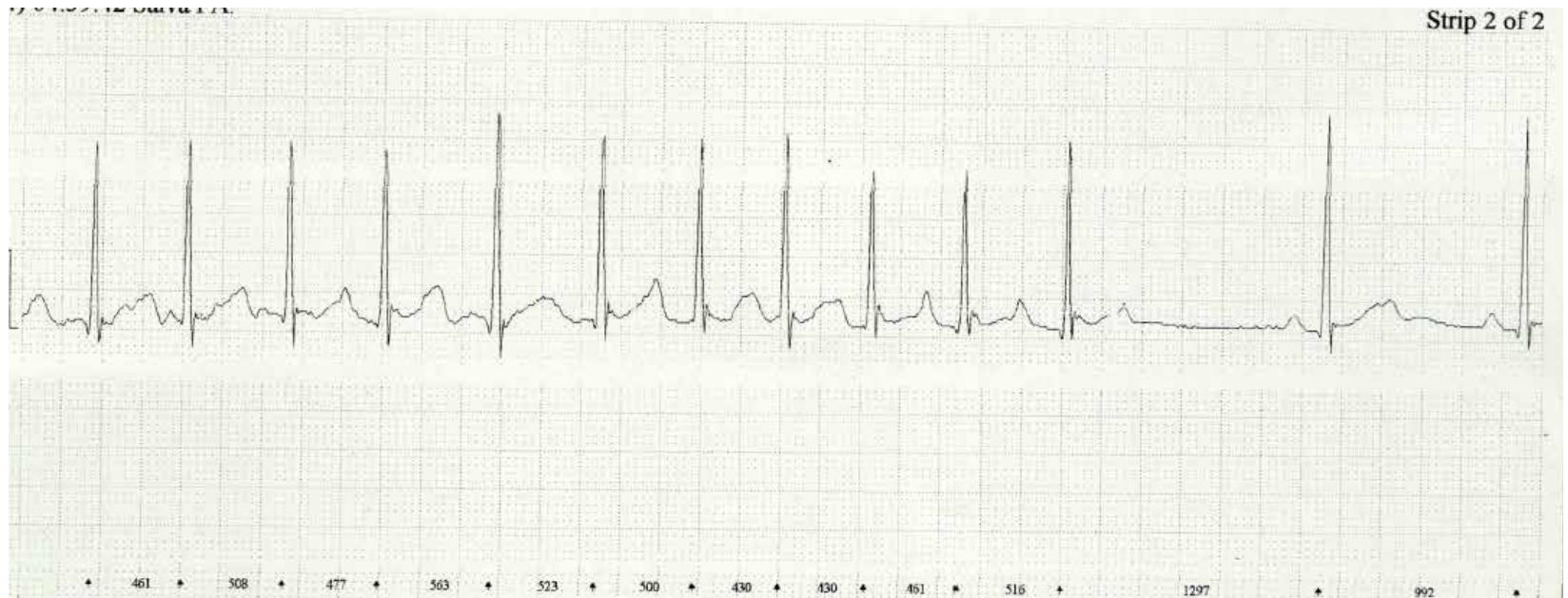
Registre en RS amb FC mitja de 75x'. FC mínima 50x' (bradicàrdia sinusal) i màxima de 170x' (FA ràpida).

Extrasistòlia supraventricular freqüent amb múltiples episodis de FA autolimitats en pocs minuts. El 3r dia presenta episodi de FA amb FVM al voltant de 120-130x' de 8h de duració; i entre el 6è i 7è dia un altre episodi perllongat de FA a 120x' que dura 28 hores.



EVOLUCIÓ

FA PERSISTENT QUE POSTABLACIÓ HA PASSAT A FA PAROXÍSTICA



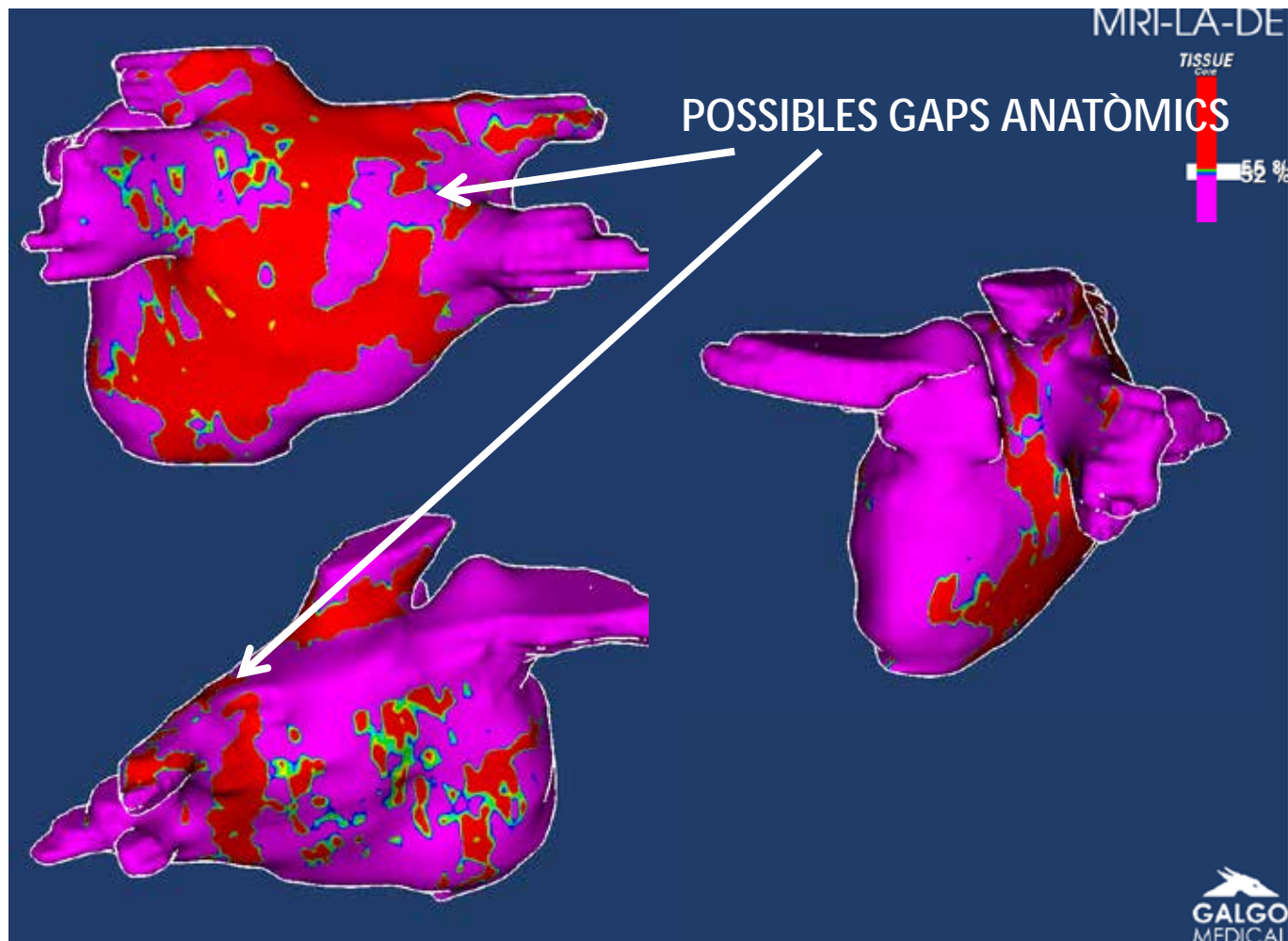
S'incrementa flecainida 100mg/12h i bisoprolol 5mg/d.

Es sol·licita nou ECG-holter de control, del que es troba pendent.



EVOLUCIÓ

RMN CARDÍACA (3 mesos post ablació)





Tenint en compte que es tracta d'un cas de...

Pacient jove amb fibril·lació auricular persistent inicialment paucisimptomàtica, amb AE severament dilatada i fibrosi auricular (Utah 2), que post ablació evoluciona a fibril·lació auricular paroxística (episodis de minuts-hores) i que actualment el pacient es troba **asimptomàtic**....



Que ens queda per fer?

1. Tirar la tovallola... doncs no queden més opcions d'ablació i el pacient actualment es troba asimptomàtic.
2. Provar altres fàrmacs antiarítmics (per exemple canvi a amiodarona).
3. Reablació, amb reïllament de VVPP únicament.
4. Reablació, amb reïllament de VVPP i reintent de bloquejar l'istme mitral (via epicàrdica?)
5. Reablació, amb busca de focus extrapulmonars.



Germans Trias i Pujol
Hospital



MOLTES GRÀCIES

