

Primer registro conjunto de ablación con catéter: una perspectiva crítica

First Joint Catheter Ablation Registry: A Critical Perspective

LUCAS VALTUILLE^{CEPS, 1}, SHANE KIMBER^{FRCPC, 1}

La publicación del Registro de Ablación con Catéter en 2011 aportó a la comunidad médica una mirada única de la situación actual de la ablación cardíaca a nivel nacional. (1) En este número de la *Revista*, Gant López y colaboradores comparten esos hallazgos con una versión actualizada del registro. (2) Es importante destacar que, debido en parte a los esfuerzos y la colaboración de las dos Sociedades Argentinas de Cardiología, los autores han logrado duplicar la cantidad de procedimientos en comparación con el primer registro. Actualmente, el registro cuenta con 30 centros participantes, lo que mejora en gran medida su valor y relevancia para los cardiólogos argentinos.

En comparación con el primer registro, las tasas generales de éxito se mantienen altas (93,8%), en tanto que el número de complicaciones se reduce en forma significativa al 2,2%, en línea con otros registros internacionales. (3)

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUSTRATOS SOMETIDOS A ABLACIÓN

Como es de suponer, las arritmias comunes son las más representadas en el registro y la ablación de taquicardia por reentrada nodal auriculoventricular (TRNAV) es el procedimiento que se realiza con más frecuencia. Sin embargo, el porcentaje de ablaciones de la TRNAV se redujo desde el primer registro, lo que demuestra que dicho procedimiento para otras patologías, especialmente para la fibrilación auricular, está en aumento. Las tasas de éxito de las ablaciones más comunes son excelentes y las de complicaciones son bajas. Estos resultados coinciden con otros publicados y sugieren que los especialistas pueden esperar buenos resultados en una mayoría significativa de sus pacientes sometidos a ablación por TRNAV, WPW y aleteo auricular dependiente del istmo cavotricuspidé.

RESULTADOS DEL AISLAMIENTO DE LAS VENAS PULMONARES

Al igual que las tendencias mundiales, en la Argentina se están llevando a cabo más procedimientos de aislamiento de las venas pulmonares para el tratamiento de la fibrilación auricular y actualmente ocupa el cuarto lugar entre los sustratos para ablación más comunes. Se espera que estas cifras continúen aumentando con el tiempo. En tanto que se conocen tasas muy buenas de “éxito en agudo”, es difícil saber cuán bien se traducen en plazos más largos libres de episodios de fibrilación auricular. Esto se explica por los múltiples mecanismos fisiopatológicos en juego (4) y por las continuas mejoras de la técnica, que logran mejores resultados. (5) Sin duda, creemos que esta parte del registro podría modificarse y fortalecerse en forma significativa.

En primer lugar, sugerimos que se informen los resultados a más largo plazo, tal como de un año sin episodios de fibrilación auricular. En segundo lugar, es importante conocer las tasas de recurrencia tras la ablación de la fibrilación auricular, como también a cuántos procedimientos son sometidos los pacientes para tratar esta patología. Los informes anteriores provenientes de centros con experiencia han demostrado que el éxito a largo plazo en la fibrilación auricular recurrente tras un solo procedimiento es infrecuente y que muchos pacientes necesitan al menos dos procedimientos para lograr un control más prolongado de su arritmia. (6) Los resultados de los registros prospectivos parecen ser peores. (7) Por último, el registro debería proporcionar una definición precisa de los resultados de la ablación de la fibrilación auricular, de modo que dichos resultados no varíen según la definición del operador. (8) Creemos que si se informan los resultados clínicos junto con los del procedimiento, las expectativas del cardiólogo especialista y de los pacientes serán mucho más realistas en cuanto a los resultados de los procedi-

REV ARGENT CARDIOL 2014;82:188-189. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.v82.i3.4510>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2014;82:198-204. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.v82.i3.2933>

^{CEPS} Certified Electrophysiology Specialist

^{FRCPC} Fellow of the Royal College of Physicians of Canada

¹ División de Electrofisiología Cardíaca, Mazankowski Heart Institute, Edmonton, Alberta, Canadá

mientos de aislamiento de las venas pulmonares para el tratamiento de la fibrilación auricular.

ÉXITO DE LA ABLACIÓN DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR

El registro muestra tasas de éxito muy buenas en un número escaso de pacientes en quienes se intentó la ablación de la taquicardia ventricular. Estas tasas son significativamente mejores que las observadas en otras publicaciones y podrían indicar que los pacientes fueron seleccionados cuidadosamente para la ablación. (9) Probablemente, las tasas de éxito en futuros reportes serán similares a las de otros informes, a medida que tal procedimiento se realice con mayor frecuencia en la Argentina

CUESTIONES RELATIVAS A RECURSOS HUMANOS Y VOLUMEN DE CASOS INSTITUCIONALES

Los autores informan que se realizaron 1.500 casos en 24 centros. Si bien los centros con mayor volumen pueden incluir un número satisfactorio de casos, parece haber un número importante de instituciones cuyos volúmenes de casos de ablación son inaceptablemente bajos. Si bien los electrofisiólogos llevan a cabo un número aceptable de ablaciones en forma individual, generalmente es el volumen de procedimientos institucional el que se relaciona con mejores resultados. (10) Es probable que esto se torne más importante a medida que la proporción de ablaciones complejas aumente y el papel de un equipo que funcione bien es un factor determinante del resultado del caso. En adelante, la atención de más casos en menos instituciones de modo que se traten volúmenes mínimos aceptables en cada laboratorio de electrofisiología puede resultar una estrategia recomendable para lograr mejores resultados en el futuro.

LIMITACIONES DEL REGISTRO

Tal como está establecido actualmente, la participación en el registro es voluntaria. Además, no se sabe si todos los casos de todos los centros participantes se ingresan o no en el registro. Esto plantea la posibilidad de que el sesgo de selección en la información podría influir en algunos de los resultados. Si bien lo ideal sería que se informaran todos los casos, esto no siempre es factible. Sin embargo, los centros participantes deberían poder informar al registro el número total de ablaciones realizadas, para que al menos se conozca qué proporción de ablaciones se incluyen en el registro.

Asimismo, el registro se vería fortalecido si los participantes desarrollaran definiciones estándares para los resultados y si todos los centros se adhirieran a dichas

normas al presentar las tasas de éxito y la incidencia de complicaciones.

A pesar de estas limitaciones, la publicación de esta actualización del Registro Nacional de Ablación con Catéter 2010 es un testimonio de la colaboración entre electrofisiólogos argentinos y de su deseo de mejorar los resultados de la ablación con catéter. Este trabajo continuo será de gran valor para los electrofisiólogos, los cardiólogos y, en última instancia, para los pacientes sometidos a ablación con catéter para controlar el ritmo cardíaco.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gant López J, Labadet C, González JL, Retyk E, Cáceres Monié C, Garro C y cols. Primer Registro Argentino de Ablación con Catéter. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:117-24.
2. Gant López J, Keegan R, Investigadores del Registro Nacional de Ablación con Catéter SAC-FAC 2010. Registro Nacional de Ablación con Catéter 2010. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:298-204.
3. Ferrero de Loma-Osorio Á, Díaz-Infante E, Macías Gallego A. Spanish Catheter Ablation Registry. 12th Official Report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Electrophysiology and Arrhythmias (2012). *Rev Esp Cardiol Engl Ed* 2013;66:983-92.
4. Iwasaki Y, Nishida K, Kato T, Nattel S. Atrial fibrillation pathophysiology: implications for management. *Circulation* 2011;124:2264-74. <http://doi.org/b9cwb4>
5. Steven D, Reddy VY, Inada K, Roberts-Thomson KC, Seiler J, Stevenson WG, et al. Loss of pace capture on the ablation line: A new marker for complete radiofrequency lesions to achieve pulmonary vein isolation. *Heart Rhythm* 2010;7:323-30. <http://doi.org/dsd9pz>
6. Jais P, Cauchemez B, Macle L, Daoud E, Khairy P, Subbiah R, Hocini M, et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation: The A4 Study. *Circulation* 2008;118:2498-505. <http://doi.org/b78j34>
7. Arbelo E, Brugada J, Hindricks G, Maggioni AP, Tavazzi L, Vardas P, Laroche C, et al. The Atrial Fibrillation Ablation Pilot Study: an European Survey on Methodology and Results of Catheter Ablation for Atrial Fibrillation: conducted by the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2014 Jan 31. doi: <http://doi.org/sr6> [Epub ahead of print]
8. Calkins H, Kuck KH, Cappato R, Brugada J, Camm AJ, Chen SA, et al. 2012 HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: Recommendations for Patient Selection, Procedural Techniques, Patient Management and Follow-up, Definitions, Endpoints, and Research Trial Design. *Heart Rhythm* 2012;9:632-96.e21.
9. Raymond JM, Sacher F, Winslow R, Tedrow U, Stevenson WG. Catheter ablation for scar-related ventricular tachycardias. *Curr Probl Cardiol* 2009;34:225-70. <http://doi.org/c9vkb2>
10. Magid DJ, Calonge BN, Rumsfeld JS, Canto JG, Frederick PD, Every NR, et al. Relation between hospital primary angioplasty volume and mortality for patients with acute MI treated with primary angioplasty vs thrombolytic therapy. *JAMA* 2000;284:3131-8. <http://doi.org/d994z5>