

4026-5. PAPEL DE LA *FATTY ACID-BINDING* PROTEIN-4 Y LA GALECTINA-3 EN LA PREDICCIÓN DE ÁREAS DE BAJO VOLTAJE DE LA AURÍCULA IZQUIERDA Y DE RESULTADOS DE LA ABLACIÓN CON CATÉTER EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

José Nicolás López Canoa¹, Marinela Couselo Seijas², Aurora Baluja³, Cristina Almengló², Ezequiel Álvarez², Laila González Melchor³, José Luis Martínez Sande³, Francisco Javier García Seara³, Xesús Alberte Fernández López³, Eva González Babarro¹, José Ramón González Juanatey³, Sonia Eiras Penas² y Moisés Rodríguez Mañero³

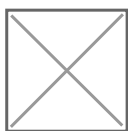
¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, A Coruña. ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La utilidad de los biomarcadores para caracterizar la miocardiopatía auricular no está clara. Nuestro objetivo es conocer la capacidad de los biomarcadores de fibrosis (galectina-3) y adiposidad (FABP4 y leptina) para predecir: 1) la presencia de áreas de bajo voltaje (ABV) en el mapeo electroanatómico de la aurícula izquierda (AI); y 2) la recurrencia de la fibrilación auricular (FA) después de la ablación con catéter.

Métodos: Se incluyeron pacientes remitidos de manera consecutiva para ablación de venas pulmonares. Las áreas de voltaje bipolar 20 ng/ml) y galectina-3 (> 10 ng/ml).

Resultados: Se incluyeron 316 pacientes. Solo un tercio tenía un patrón paroxístico. 73 tenían ABV ? 10%. El análisis multivariable reveló que el sexo, los niveles de galectina-3 y FABP4, el área de la AI y el tipo de FA eran predictores independientes de ABV ? 10%. El seguimiento medio fue de 655 ± 494 días. El modelo que incorporó el tipo de FA + FABP4 + Gal-3 estratificó con precisión a los pacientes por su probabilidad de recurrencia, que va desde el 27% (puntuación de 1) al 88% (puntuación de 5). Los modelos de regresión de Cox identificaron la puntuación de 5 con el mayor riesgo de recurrencia de FA.



Recurrencia de fibrilación auricular (%) tras ablación con catéter según la puntuación combinada del tipo de FA con niveles periféricos de FABP4 y galectina-3.

Conclusiones: La clasificación clínica tradicional de la FA puede mejorarse mediante marcadores de adiposidad (FABP4) y fibrosis (galectina-3), no solo para una mejor selección de pacientes, sino también para una mejor comprensión de la fisiopatología.