



6007-76. LA DINÁMICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREDICE LA REVERSIÓN DURANTE EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES

Javier Moreno Planas, Jorge García Quintanilla, Roberto Molina-Morúa, Nicasio Pérez Castellano, Victoria Cañadas Godoy, Carlos Macaya Miguel y Julián Pérez Villacastín del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Antecedentes y objetivos: Queríamos evaluar si la dinámica de FA al inicio de la ablación (AB) es un buen predictor de reversión. Para excluir sesgos de duración de FA, solo se analizaron los pacientes (P) con FA paroxística que llegaron en RS pero entraron en FA a lo largo del estudio antes de la AB.

Métodos: Se evaluaron 19 P con episodios de FA estable ($> 30'$) que se iniciaron durante el estudio antes del aislamiento. Antes de la AB, se registraron señales bipolares del SC, las 4 venas pulmonares (VP), orejuela (OJL) AI y 5 dipolos abarcando la pared libre de AD. Se realizó análisis temporal y espectral de los registros. Se AB solo el aislamiento del ostium o del antro de las 4 VP.

Resultados: 10/19 P revirtieron después de la AB de VP. En 9 de esos 10, la frecuencia dominante máxima (FD) se registró dentro de las VP y 8 de estos 9 revirtieron durante o inmediatamente después del aislamiento de lado de la supuesta VP más rápida. Las FA que revirtieron (R-FA) mostraban valores menores de FD en la OJL ($4,9 \pm 0,5$ Hz vs $6,0 \pm 0,5$ Hz; $p < 0,001$), el SC ($5,2 \pm 1,3$ Hz vs $6,3 \pm 0,6$ Hz; $p 0,044$) y en AD ($5,1 \pm 0,6$ Hz vs $6,3 \pm 0,9$ Hz; $p 0,02$), pero no mostraron diferencias significativas en las VP ($6,9 \pm 1,5$ Hz vs $6,0 \pm 0,53$ Hz; $p 0,14$). La FD basal en la OJL de AI, fue un buen predictor de reversión, ya que ninguno de los 8P con valores > 6 Hz (intervalo de activación promedio < 167 ms) revirtió con la AB. Todos los P con FD en OJL $< 5,2$ Hz (> 192 ms) revirtieron. Los P con FD en OJL de $< 5,5$ Hz revertieron con un 80% sensibilidad y 89% de especificidad (AUC 0,92; IC 0,80-1,04; $p 0,001$). Las R-FA mostraron los mayores índices de organización en OJL ($0,70 \pm 0,13$ vs $0,54 \pm 0,04$; $p 0,001$) y SC ($0,56 \pm 0,10$ vs $0,38 \pm 0,06$; $p 0,0005$), no siendo significativos en AD ($0,51 \pm 0,07$ vs $0,45 \pm 0,09$; $p 0,16$) ni en VP ($0,48 \pm 0,08$ vs $0,45 \pm 0,04$; $p 0,37$). Analizando los 5 dipolos adyacentes de AD en los pacientes con R-FA encontramos un patrón más homogéneo de propagación, como lo muestra el aumento de los índices de correlación cruzada ($0,57 \pm 0,09$ vs $0,35 \pm 0,20$; $p 0,02$), coherencia espectral de magnitud ($0,35 \pm 0,06$ vs $0,26 \pm 0,05$; $p 0,01$), y la regularidad morfológica ($0,41 \pm 0,13$ vs $0,27 \pm 0,11$; $p 0,04$).

Conclusiones: En la FA de inicio agudo, las condiciones fibrilatorias basales condicionan la reversión de FA en el aislamiento de VP. Con una única medida de FD (o de intervalo medio de activación) en OJL, se puede predecir la reversión de la FA.