

6081-598. ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE LA AURÍCULA DERECHA EN LOS PACIENTES CON FLUTTER PERITRICUSPÍDEO

Aurelio Quesada Dorador¹, Clara Saura Pérez², Francisco Javier Quesada Ocete¹, Julián Abdala Lizarraga¹, Javier Jiménez Bello¹, Víctor Palanca Gil¹, José Leandro Pérez Bosca¹, Rafael Payá Serrano¹, Verónica Vidal Urrutia¹, Alba Cerveró Rubio¹, Blanca Quesada Ocete³, Sergio Luengo Pérez¹, Francisco Ridocci Soriano¹, Josep Lluís Melero Ferrer¹ y Miguel Angel Moruno Benita¹

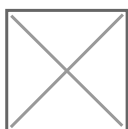
¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ²Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir", Valencia. ³Johannes Gutenberg University Mainz, Mainz (Rheinland-Pfalz).

Resumen

Introducción y objetivos: Aunque la aparición del flutter peritricuspídeo puede explicarse satisfactoriamente por una macroreentrada peritricuspídea con la zona de conducción lenta ubicada en el istmo cavotricuspídeo, la causa de la aparición de esta patología no se ha estudiado ampliamente y varios estudios han sugerido cambios anatomofuncionales en la aurícula derecha (AD) sugerentes de una patología más difusa, de la cual el flutter es un marcador. Por ello, hemos intentado confirmar si las ADs de los pacientes con flutter difieren de las de los sujetos normales.

Métodos: En 12 pacientes con flutter peritricuspídeo confirmado durante la ablación, se analizaron los datos de anatomía y actividad eléctrica almacenados por el navegador electromagnético Abbot Ensite Precision y recogidos a través de catéteres con tecnología de contacto. Manualmente, se midieron las áreas de cada región auricular, la proporción de zona de bajo voltaje (0,5 mV) y sus dimensiones. Se compararon con los datos obtenidos de 11 controles sometidos a ablación con ausencia de cardiopatía estructural remitidos para ablación (1 taquicardia auricular, 9 taquicardias intranodales, 1 vía accesoria oculta posterior derecha).

Resultados: Los 2 grupos no difirieron en las características basales excepto en la edad (flutter: $62,7 \pm 12,8$ años frente a Controles $52,8 \pm 15,9$ años). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con flutter y los controles en el volumen auricular derecho ($18,68 \pm 5,90$ vs $25,68 \pm 13,83$ cm³; $p = 0,230$), ni en las dimensiones del istmo. Fueron significativamente mayores ($p < 0,05$) la longitud y anchura de las paredes lateral (longitud $85,42 \pm 27,54$ vs $61,09 \pm 24,23$ mm; anchura $57,58 \pm 17,95$ vs $38,36 \pm 15,09$ mm) y septal (longitud $77,5 \pm 9$ vs $62,00 \pm 37$ mm; anchura $53,50 \pm 33$ vs 28 ± 1 mm) y la longitud de la posterior ($63,83 \pm 14,03$ vs $42,73 \pm 16,42$ mm) (fig.). El área de zonas de bajo voltaje respecto al total, no mostró diferencias en las paredes excepto en el septum (flutter $13,35\% \pm 13,78$ vs controles $5,87\% \pm 8,3$; $p = 0,03$).



Representación de la longitud y anchura de las zonas de la aurícula derecha en pacientes con flutter y controles. A: Istmo cavotricuspídeo, B: Pared posterior, C: Pared lateral, D: Pared septal.

Conclusiones: Existen diferencias en la aurícula derecha en los pacientes con flutter respecto a la de los sujetos normales. La anatomía global fue similar pero existieron diferencias regionales de longitud y anchura mayor en paredes lateral y septal. Esta última presentando mayor extensión de zonas de bajo voltaje.