



Revista Española de Cardiología



6017-20. PREDICTORES CLÍNICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS PARA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE FLÚTER AURICULAR DERECHO E IZQUIERDO

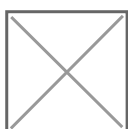
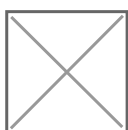
Sergio Castrejón Castrejón, José Luis Merino Llorens, Alejandro Estrada Muzzi, David Doiñy, Marta Ortega Molina, David Filgueiras Rama, Maurice Batlle y José Luis López Sendón de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada. Hospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Cardiología del Hospital de Henares, Coslada (Madrid) y Servicio de Cardiología del Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las ablaciones de flúter izquierdo (FTA-I) suelen ser complejas y prolongadas. Por ello, los predictores clínicos que permitan diferenciarlos de los flúteres derechos (FTA-D) pueden resultar de interés para planificar los procedimientos. El propósito de este estudio fue evaluar múltiples datos clínicos y ecocardiográficos para predecir la aurícula responsable del FTA.

Métodos: Se incluyeron en el estudio 68 pacientes con FTA-I demostrado concartografía electroanatómica, mapas de ciclos de retorno y ablación de la zona crítica del circuito (20 perimitrales, 7 perivenas pulmonares, 7 de cara anterosuperior, 3 de pared posterior, 3 de orejuela y el resto > 1 morfología). No se incluyeron pacientes con ablación previa de FA o corrección de cardiopatías congénitas complejas. Se evaluó la presencia de estos factores predictores: edad avanzada, sexo, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, valvulopatía, cardiopatía isquémica, antecedente de FA, cirugía cardíaca previa, hipertrofia ventricular izquierda, disfunción ventricular e hipertensión pulmonar (HTP). Los resultados se compararon con un grupo de 77 pacientes consecutivos con FTA-D (75 istmodependientes), aplicando los mismos criterios de exclusión. Para el análisis multivariado se empleó un modelo de regresión logística por pasos.

Resultados: En el análisis univariable los siguientes factores fueron más frecuentes en el grupo con FTA-I: sexo femenino, ausencia de enfermedad pulmonar, valvulopatía mitral, valvulopatía aórtica, mayor grado de dilatación de la aurícula izquierda (AI) e HTP. No se encontraron diferencias relevantes en la prevalencia de HTA, hipertrofia o disfunción ventricular ni cardiopatía isquémica. Los pacientes con FTA-I son de edad ligeramente más avanzada que aquéllos con FTA-D (71 ± 11 vs 67 ± 13 años, $p = 0,08$). En el análisis multivariable solo el sexo femenino (OR 3,1, IC95% 1,1-8,3; $p = 0,026$) presencia de valvulopatía mitral/aórtica (OR = 13, IC95% 4,3-39,5; $p < 0,001$), la dilatación de AI (OR = 6,1, IC95% 1,7-22,4; $p = 0,003$) y la ausencia de enfermedad pulmonar (OR = 0,1, IC95% 0,03-0,8; $p = 0,012$) se asociaron con presentar FTA-I con sensibilidad del 72% y especificidad del 85% (pHosmer-Lemeshow = 0,69).



Conclusiones: El FTA-I tiene cuatro predictores clínicos independientes y potentes: valvulopatía izquierda, dilatación de la AI, sexo femenino y ausencia de enfermedad pulmonar grave.