Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 168

Revista Española de Cardiología

# 4022-3. REABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA: LOCALIZACIÓN Y ABLACIÓN ANATÓMICA DE *GAPS*

Felipe Bisbal van Bylen, Esther Guiu, Pilar Cabanas, Antonio Berruezo, Susana Prat-González, Bárbara Vidal, Teresa María de Caralt y Lluís Mont de la Unitat de Fibril·lació Auricular (UFA), Hospital Clínic, Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

## Resumen

**Introducción:** Las recurrencias de fibrilación auricular (FA) tras el aislamiento de venas pulmonares (AVP) se han relacionado con *gaps* en las líneas de ablación. La resonancia magnética de realce tardío de gadolinio (RM-RTG) permite la identificación de lesiones de radiofrecuencia (RF) y de las discontinuidades en las mismas (*gaps* anatómicos). Este estudio evalúa la utilidad de la ablación de los *gaps* en las líneas de ablación guiándose por RM-RTG en procedimientos sucesivos.

**Métodos:** Utilizando la RM-RTG se segmentó manualmente el endocardio y epicardio de la aurícula izquierda. Tras la creación automática de capas concéntricas, se realizaron reconstrucciones 3D de cada una de las capas (modelo 3D), sobre las que se proyectó el mapa de intensidad de píxel y se codificó por colores (fig. A-D). Los modelos 3D fueron importados al navegador para guiar la ablación de los *gaps* anatómicos, de forma ciega a la información eléctrica.

**Resultados:** Se analizaron 12 pacientes (58 ± 8 años, 7 con FA paroxística, mediana [RIQ] de tiempo desde el AVP de 16,5 [9-25,5] meses). Cuatro pacientes tenían línea del techo adicional. Se identificó un total de 68 *gaps* anatómicos alrededor de las VP y 13 en la línea del techo, con una media de 6,8 *gaps*/paciente y una longitud mediana de 5,5 mm/*gap*. De 43 VP, 38 estaban reconectadas (mediana de 3 VP/paciente). Todas las VP reconectadas presentaban *gaps* anatómicos en la RM-RTG, con una concordancia del 88,9%. Utilizando el modelo-3D como única guía se consiguió el reaislamiento del 95% de las VP y el bloqueo de la conducción de la línea del techo tras una media de 3,7 ± 3,4 aplicaciones/*gap* (22,0 ± 20,2/paciente) y 2,8 ± 2,2 min/*gap* (29,3 ± 14,0 min/paciente) (fig. E-F).

**Conclusiones:** La integración de la RM es una técnica útil para guiar la re-ablación de VPs gracias a su capacidad para identificar y localizar de forma precisa los *gaps* y pudiendo reducir potencialmente el tiempo de procedimiento y de RF.