Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 545

Revista Española de Cardiología

6002-9. DEMOSTRACIÓN DE UN SUBSTRATO ELECTROFISIOLÓGICO MIOCÁRDICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

Francisco García-Cosío Mir[1], Agustín Pastor Fuentes[1], Rafael Peinado Peinado[2], Jesús Almendral Garrote[3], Ricardo Ruiz Granell[1], José Miguel Ormaetxe Merodio[2] y Antonio Hernández Madrid[2] del [1]Hospital Universitario de Getafe, Madrid, [2]Hospital Universitario La Paz, Madrid y [3]Hospital Universitario de Madrid Montepríncipe, Boadilla del Monte (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El acortamiento del periodo refractario (PR) se considera fundamental en el paso de la fibrilación auricular (FA) paroxística (Px) a persistente, pero en otros modelos la FA se asocia a PR prolongado y retrasos de conducción (RC).El Estudio del substrato miocárdido de la FAPx es un proyecto multicéntrico para investigar el substrato eleectrofisiológico auricular en pacientes con FAPx y su posible influencia en recidivas tras aislamiento de venas pulmonares (AVP).

Métodos: De febrero 2011 a noviembre 2013 se reclutaron 23 pacientes con FAPx sometidos a AVP que consintieron el estudio electrofisiológico (EEF), no tomaban fármacos antiarrítmicos y no tenían FA en las 24 h antes del EEF. En 9 casos se hizo crioablación y en 12 radiofrecuencia. En 2 casos no se hizo AVP por hemopericardio. Grupo control (C) de 55 pacientes sin FA ni cardiopatía orgánica, con EEF por otras causas. Catéteres multipolares en aurícula derecha alta (ADA) y seno coronario medio-distal (SC). Medida de PR efectivo y RC basales (S1A1) y de extraestímulos (S2A2) de ADA a SC y SC a ADA. Valores en ms.

Resultados: Había más hombres en FAPx (69,6% frente a 44%, p = 0,042) y la edad era ligeramente mayor (54,7 ± 12,2 frente a C 49,5 ± 12,7, p = 0,115). Peso, talla y superficie corporal mayores en FAPx que C (todos p < 0,001). La prevalencia de hipertensión arterial no difería. El PR a S1S1 550-600 era más largo en FAPx tanto en ADA (237,8 ± 38,4 frente a C 211,5 ± 31,2, p = 0,003) como SC (271,1 ± 4,8 frente a C 254,7 ± 30,8, p = 0,085). Se mantenía la adaptación del PR a la frecuencia. Los RC eran mayores en PAPx, tanto de ADA a SC (S1A1 121,4 ± 30,2 frente a C 107,6 ± 21,9, p = 0,031; S2A2 194,4 ± 40,0 frente a C 167,3 ± 38,4, p = 0,009) como de SC a ADA (S1A1 121,5 ± 21 frente a C 101,1 ± 23,2, p = 0,002; S2A2 158,8 ± 37,2 frente a C 127,6 ± 28,6, p = 0,001). Los RC eran más largos en los 10 casos con recidiva de FAPx tras AVP, sin alcanzar significación estadística.

Periodo refractario y retrasos de conducción desde ADA.

Conclusiones: En la FAPx hay PR y RC prolongados, posibles marcadores de un substrato miocárdico asociado al probable origen focal de la FAPx. Los cambios encajan mejor con un remodelado anatómico (fibrosis) que con el remodelado eléctrico por estimulación rápida. El pequeño número de observaciones no permite establecer si este remodelado se asocia a recidivas tras ablación.