Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 936

Revista Española de Cardiología

6029-368. EL *STRAIN* AURICULAR POR RESONANCIA MAGNÉTICA PREDICE LA RECIDIVA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A UN PRIMER PROCEDIMIENTO DE CRIOABLACIÓN

Helena Tizon-Marcos[1], Mercè Cladellas[1], Sandra Cabrera[1], Mireia Blé[1], Ermengol Vallès[1], Flavio Zuccarino[2], Xavier Duran[3] y Julio Martí Almor[1] del [1]Hospital del Mar, Institut Hospital del Mar d';Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona,[2]Hospital del Mar, Barcelona, e [3]IMIM, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La restauración del ritmo sinusal (RS) después de fibrilación auricular (FA) induce un proceso complejo de remodelado auricular inverso. La crioablación por balón (CBA) ha sido introducida recientemente como técnica de ablación con tasas de éxito similares a las técnicas de radiofrecuencia. El *strain* auricular por resonancia magnética (RM) puede ayudar en la predicción de recidiva de pacientes con FA. El objetivo de este trabajo es evaluar qué factores de RM pueden predecir la recidiva en pacientes con FA que se someten a una primera CBA.

Métodos: Cohorte prospectiva y consecutiva de pacientes con FA que se someten a una primera CBA con estudio por RM 1,5T antes y después del procedimiento y tienen un seguimiento mínimo de 6 meses. Los parámetros estudiados: diámetros de la aurícula izquierda (AI), volúmenes indexados y función AI en cine-4c. El *strain* longitudinal de la AI (SL máx y min) en cine 2c. La recidiva se adjudicó en cualquier momento del seguimiento. Las variables normales se describen con media-desviación estándar y t-test de Student y las no paramétricas con mediana y Mann-Whitney test. Se usó regresión logística univariada y las variables que tuvieron $p < 0,09$ se incluyeron en distintos modelos multivariados con el análisis de supervivencia de Cox ajustados a edad y sexo.

Resultados: 60 pacientes con edad media 55 ± 11 años (24% mujeres), 31% hipertensos, 6% diabéticos, 78% con obesidad y 4% con historia de insuficiencia cardiaca. El 76% tenían una puntuación CHA_2DS_2-VASc de 0. La FA evolucionó una media de 3,5 años (2,8-4,2) antes de la ablación y en el 78% de los pacientes era paroxística. Se consiguió aislamiento completo en el 99% con una media de aplicación de 1.775 ± 807 segundos. El 61% de los pacientes se mantuvieron en RS a los 3 años. La tabla muestra el análisis univariado de Cox. En el modelo multivariado final ajustado por sexo y edad, el *strain* longitudinal de la AI (HR 0,72, IC 0,5-0,9, p = 0,01) y el diámetro longitudinal indexado inicial (HR 1,1, IC 1,01-1,2, p = 0,03) resultan predictores de recidiva en el seguimiento.

Análisis univariado de Cox

	HR	IC	p

Volumen telediastólico AI inicial, ml/m^2	1,01	0,98-1,05	0,2
Volumen telesistólico AI inicial, ml/m^2	1,01	0,96-1	0,6
Fracción eyección AI inicial, %	1,0	0,9-1,0	0,5
Diámetro longitudinal AI i, mm	1,1	1,01-1,2	0,02
Diámetro transverso AI i, mm	1,1	0,9-1,2	0,08
Strain longitudinal, %	0,7	0,57-1,03	0,08

Conclusiones: El diámetro longitudinal de la AI y el *strain* longitudinal de la AI están asociados a recidiva después de un primer procedimiento de ablación por criobalón.