



6040-9. INCIDENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE BAJO VOLTAJE EN LA AURÍCULA DERECHA EN PACIENTES CON *FLUTTER* AURICULAR TÍPICO

Julian Abdala Lizarraga¹, Neus Valls Gil², Javier Quesada Ocete¹, Javier Jiménez Bello², Alba Cerveró Rubio², Víctor Palanca Gil², Guillem Llopis Gisbert², Miguel Ángel Moruno Benita², Sandra Romero Martín³, Clara Saura Pérez³, Blanca Quesada Ocete⁴, José Leandro Pérez Bosca², Rafael Payá Serrano² y Aurelio Quesada Dorador²

¹Universidad Católica San Vicente Mártir. Escuela de Doctorado, Valencia, ²Consortio Hospital General Universitario, Valencia, ³Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia y ⁴University Medical Center of the Johannes Gutenberg University, Center for Cardiology-Cardiology2, Mainz (Rheinland-Pfalz).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos sobre la información recolectada durante los procedimientos de ablación del *flutter* auricular (FLA) nos han permitido reconocer la presencia de áreas de bajo voltaje relacionadas con el estado funcional de los miocitos auriculares. Sin embargo, la incidencia y las características de estas áreas de bajo voltaje son desconocidas. Realizamos un estudio cuyo objetivo fue analizar si existen diferencias en la presencia y extensión de áreas de bajo voltaje entre los pacientes con FLA típico y pacientes de un grupo control.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo en el que se recogieron y analizaron los datos de 31 pacientes sometidos a una ablación de FLA o de taquicardia por reentrada intranodal mediante un sistema de navegación no fluoroscópico y catéteres con tecnología de contacto. Se definieron como áreas de bajo voltaje aquellas con voltaje máximo 0,5 mV. Los datos obtenidos de ambos grupos se compararon entre sí mediante el test U de Mann-Whitney y el test χ^2 de Pearson.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 18 casos y 13 controles (22 varones, edad media de 63 ± 11 años). Con respecto a las variables basales, los pacientes con FLA presentaron un mayor porcentaje de varones, mayor edad media y mayor porcentaje de dislipemia frente a los pacientes del grupo control (tabla). En los pacientes con FLA se evidenció un mayor número total de áreas de bajo voltaje con respecto a los pacientes del grupo control, (16,9 [10,1-23,7] cm^2 frente a 6,1 [3,3-8,9] cm^2 respectivamente, $p = 0,0049$). En los pacientes con FLA la distribución de áreas de bajo voltaje fue más frecuente en la pared posterior (13 pacientes, 72,2%), pared anterior (9 pacientes, 50%) y en el istmo cavotricuspidé (7 pacientes, 38,8%) (fig.). Específicamente, en estos pacientes se objetivó una tendencia a presentar mayores áreas de bajo voltaje en la pared posterior de la aurícula derecha con respecto al istmo cavotricuspidé (2,64 [0,8-4,4] cm^2 frente a 4,8 [3,2-6,4] cm^2 , $p = 0,065$).

Características basales de los pacientes incluidos en el estudio

Todos (n = 31) *Flutter* (n = 18) TIN (n = 13) p

| | | | | |
|--------------------------|---------|---------|----------|-------|
| Edad | 63 ± 11 | 68 ± 9 | 57 ± 10 | 0,004 |
| Hombre (%) | 22 (71) | 17 (94) | 5 (38) | 0,007 |
| HTA (%) | 15 (48) | 11 (61) | 4 (31) | 0,095 |
| Diabetes mellitus (%) | 7 (23) | 5 (28) | 2 (13) | 0,415 |
| Obesidad (%) | 7 (23) | 5 (28) | 2 (13) | 0,415 |
| Dislipemia (%) | 14 (45) | 11 (61) | 3 (23) | 0,035 |
| Enfermedad renal crónica | 2 (6) | 1 (6) | 1 (8) | 0,811 |
| EPOC (%) | 1 (3) | 1 (6) | 0 (0) | 0,387 |
| Fumador (%) | 9 (29) | 6 (33) | 3 (23) | 0,534 |
| Edad > 75 años (%) | 4 (13) | 3 (17) | 1 (8) | 0,462 |
| FEVI > 50% (%) | 30 (97) | 17 (94) | 13 (100) | 0,387 |

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HTA: hipertensión arterial. TIN: taquicardia intranodal.



Distribución de las áreas de bajo voltaje en pacientes con flutter auricular.

Conclusiones: Los pacientes con FIA típico presentan un mayor número de áreas de bajo voltaje que los pacientes controles. Estas áreas son más comunes en la cara posterior, anterior y en el istmo cavotricuspidé. El presente hallazgo sugiere la presencia de un daño auricular estructural y funcional más amplio de lo supuesto hasta el momento en pacientes con FIA, no confinado únicamente al istmo cavotricuspidé.