



4016-3. ¿ES NECESARIA UNA INTENSA MODULACIÓN DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR MEDIANTE ABLACIÓN PARA LOGRAR UN ADECUADO CONTROL DE FRECUENCIA DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

Laura Valverde Soria¹, José Luis Ibáñez Criado¹, Alicia Ibáñez Criado¹, Marta Herrero Brocal¹, Ana García Barrios¹, Laura Fuertes Kenneally¹, Laura García Cano¹, José Miguel Martín Torres¹, Carlos López-Mencheró Ortiz de Salazar¹, Adriana Lloret Rubio¹, Amaya García Fernández¹, Thomas Brouzet¹, Mercedes Ortíz Patón², Juan Gabriel Martínez Martínez¹ y Jesús Almendral Garrote²

¹Hospital General Universitario de Alicante y ²Hospital Universitario HM Montepíncipe, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En fibrilación auricular, múltiples focos de activación llegan al nodo auriculoventricular (NAV) desde distintos frentes a frecuencia elevada e irregular, pudiendo alcanzarlo en periodo refractario, haciendo que este se prolongue y sin ser muchos de ellos conducidos al ventrículo (“concealed AVN conduction”). Cuanto más rápida e irregular sea la actividad auricular, menor será el porcentaje de latidos conducidos al ventrículo. En 2021 se publicaron los resultados de un nuevo abordaje de modulación del NAV mediante ablación a distancia, demostrándose una alta eficacia aguda sin bloqueos AV (BAV). Nuestro objetivo es analizar los cambios en las propiedades electrofisiológicas del NAV tras la modulación.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizan 46 pacientes sometidos al nuevo procedimiento de modulación en dos centros. La mayoría de los procedimientos se realizaron en ritmo sinusal, tras cardioversión eléctrica (CVE). Se comparó la frecuencia cardíaca (FC) preCVE con el punto de Wenckebach (PW) postCVE. Se utilizó un catéter de ablación irrigado con información de contacto y mediante estimulación ventricular derecha se realizó un mapa electroanatómico para identificar la activación auricular más precoz, realizándose una línea de ablación semicircunferencial a su alrededor. El objetivo de la ablación era una prolongación del PW > 50 ms respecto al basal y > 450 ms de forma global.

Resultados: Se observó una FC preCVE significativamente inferior al PW en ritmo sinusal (LC en FA 636 ms frente a PW 381 ms postCVE, p 0,0001) y una prolongación significativa del PW tras la ablación (PW 486 ms frente a PW basal 381 ms, p 0,001). La modulación con éxito se logró en un 91,3% de los casos. Tras una mediana de seguimiento de 4,3 años 3 pacientes precisaron ablación del NAV e implante de marcapasos, hubo 2 BAV transitorios resueltos tras retirar cronotopos negativos y se objetivó un buen control de frecuencia.

Cambios en las propiedades electrofisiológicas de la conducción auriculoventricular pre y poscardioversión eléctrica
cambios en el control de frecuencia cardíaca tras el procedimiento

Antes de la ablación

Tras la ablación

Cambios en las propiedades electrofisiológicas de conducción

Intervalo PR (ms)	182 ± 50	216 ± 55
Intervalo AH (ms)	86 ± 44	156 ± 86
LC en FA (ms)	635 ± 85	
Punto Wenckebach (ms)	383 ± 65	487 ± 109

Cambios en la frecuencia cardiaca a los 12 meses

Holter FC media (lpm)	106 ± 19	74 ± 11
Holter FC máxima (lpm)	163 ± 28	122 ± 31

LC: longitud de ciclo; FA: fibrilación auricular; FC: frecuencia cardiaca; lpm: latidos por minuto.



Mapa electroanatómico con línea de ablación semicircunferencial alrededor del NAV y cambios en las propiedades de conducción tras la modulación.

Conclusiones: Según estos resultados, en FA la FC media es inferior al PW, siendo esto congruente con la teoría de la penetrancia oculta a nivel del NAV en FA. En base a ello, podemos concluir que una estrategia de modulación más conservadora con una prolongación del PW > 50 ms respecto al basal y > 450 ms de forma global mediante ablación a distancia del NAV es suficiente para lograr un adecuado control de frecuencia, siendo segura en cuanto a BAV posprocedimiento.