



6118-15. BLOQUEO INTERAURICULAR INDUCIDO TRAS ABLACIÓN ANTRAL AMPLIA DE VENAS PULMONARES Y SU POTENCIAL IMPACTO PARA EXPLICAR EVENTOS CLÍNICOS

Amaia Martínez León¹, Daniel García Iglesias², María Salgado Barquinero², Rut Álvarez Velasco², Miguel Soroa Ortuño², David Testa Alonso² y David Calvo Cuervo³

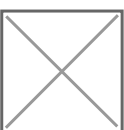
¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra), España, ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España y ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El aislamiento de venas pulmonares (AVP) es la piedra angular de la ablación con catéter en fibrilación auricular (FA) pero el abordaje técnico idóneo está todavía en discusión. A pesar de que el antro de las venas pulmonares es el sustrato fundamental para la reentrada que sostiene los episodios de FA, estudios recientes no han conseguido demostrar diferencias significativas entre AVP antral vs ostial en FA paroxística. Pretendemos analizar la relación entre la extensión de la AVP antral con potenciales factores de confusión que afectan a los resultados clínicos. Hemos analizado como una AVP antral amplia interactúa con los fascículos de conducción promoviendo el bloqueo interauricular (BIA), conocido predictor de recurrencia de FA que además ha demostrado relacionarse con enfermedad auricular extensa y flujos turbulentos de excitación auricular.

Métodos: De forma prospectiva, se recogieron datos de pacientes referidos a nuestro centro para AVP con FA paroxística y en ritmo sinusal en el momento del procedimiento. Los pacientes que tenían criterios de BIA antes de la AVP fueron excluidos. En total, se incluyeron 30 pacientes. Se llevó a cabo un análisis cuantitativo del volumen antral excluido respecto a la masa auricular eléctricamente activa (volumen eléctricamente activo; VEA) mediante mapeo de voltaje del endocardio de la aurícula izquierda (AI) y las venas pulmonares (CARTO system; Biosense-Webster; PentaRay catheter). Se calculó el VEA excluido en relación con el volumen total de la AI y se recogieron los trazados ECG antes y después de la AVP.

Resultados: La media de VEA excluido fue $43,46 \pm 14,31 \text{ cm}^3$ y cuatro pacientes desarrollaron BIA tras AVP (duración media de onda P $125,75 \pm 8,5 \text{ ms}$). No hubo diferencias clínicas significativas entre los que desarrollaron BIA y los que no. De forma significativa, los pacientes que desarrollaron BIA presentaron mayor VEA excluido respecto a los que no ($54,26 \pm 3,87 \text{ cm}^3$ vs $41,4 \pm 14,69 \text{ cm}^3$, $p = 0,003$). El perímetro de la línea de AVP fue mayor en los que desarrollaron BIA ($315,01 \pm 15,22 \text{ cm}$ vs $269,93 \pm 55,39$; $p = 0,005$).



Conclusiones: En este trabajo se demuestra que el desarrollo de BIA se asocia con mayor VEA excluido, poniendo de manifiesto la compleja relación entre la AVP y la alteración de la conducción interauricular y

ayudaría a explicar la falta de asociación entre la ablación antral vs ostial respecto a las recurrencias en FA paroxística.