



6000-81. CARACTERIZACIÓN DE ÁREAS DE MUY BAJO VOLTAJE/CICATRIZ AURICULARES EN PACIENTES CON *FLUTTER* IZQUIERDO MEDIANTE MAPAS DE ALTA DENSIDAD DE PUNTOS

Sergio Castrejón Castrejón¹, José Luis Merino Lloréns¹, Alejandro Estrada Mucci¹, Jorge Figueroa¹, Marta Ortega Molina¹, David Filgueiras-Rama¹, Javier Fuertes Beneitez² y José Luis López Sendón² de la ¹Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada, ²Hospital La Paz, Madrid y ³Servicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Los circuitos de *flutter* auricular izquierdo (FT-AI) suelen estar delimitados por áreas de cicatriz. En este trabajo se estudia la localización y extensión de áreas de cicatriz auricular en pacientes con FT-AI y sin ablación previa de FA.

Métodos: Se incluyen 33 P (67% mujeres, edad 71 ± 10 años) con indicación clínica de ablación de FT-AI. Se realizó una reconstrucción 3D de la AI, venas pulmonares (VVPP) y orejuela izquierda (OI) y una cartografía punto a punto de secuencia de activación y voltaje de alta densidad de puntos durante la arritmia clínica o en sinusal si ésta no era estable. En el mapa de voltaje se representó la amplitud pico-pico del electrograma bipolar en cada punto. Se consideró cicatriz a las regiones con puntos congruentes con voltaje $< 0,1$ mV y tejido normal a aquél con $> 0,5$ mV. Las superficies endocárdica total del cuerpo de la AI (SET) y de cicatriz se midieron fusionando la reconstrucción tridimensional con una imagen volumétrica de la AI obtenida con TC multicorte.

Resultados: Se realizaron 49 estudios de FT-AI en 33 pacientes, 9 P (27%) portadores de prótesis mitral. En el primero se caracterizó el substrato tisular (nº puntos por mapa: 955 ± 332 , rango 379-1481). La SET de AI (excluyendo orejuela) fue 114 ± 31 cm². La superficie de cicatriz fue 25 ± 31 cm² (rango 0-134 cm²), constituyendo el $20 \pm 21\%$ de la SET (rango 0-86%). En 2 P la extensión de cicatriz fue $> 85\%$ y 1 P no presentó cicatriz. La distribución de la parcela más amplia de cicatriz fue: pared anterosuperior 61%, posterior 15%, septo 6%, antro de VP derechas 6%, masiva 6%, inferior 3%. 28 P tenían un área de cicatriz secundaria: posterior 25%, septo 21%, anterior 18%, antro de VP derechas 18%, inferior 15%. Se estudiaron un total de 61 FT-AI, de los cuales 23 (37%) en 14 P no se pudieron caracterizar. El resto fueron: perimitral 35%, mural superior 18%, mural posterior 12%, perivenas derechas 10%, septal 10%, perivenas izquierdas 8%, FT de orejuela 6%. 59/61 circuitos estaban adyacentes o atravesaban áreas de cicatriz. No encontramos relación entre la superficie de cicatriz y el número de FT-AI por paciente.

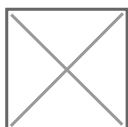


Figura. Reentrada alrededor de la VPSD y su relación con una región de cicatriz en pared posterior.

Conclusiones: La prevalencia de cicatriz tisular parcelar y heterogénea es alta en pacientes con FT-AI. Las cicatrices se localizan con mayor frecuencia en la pared anterosuperior y posterior de AI. Su caracterización

es relevante para la cartografía de los circuitos de macrorreentrada.