



6007-68. FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR. TIPOLOGÍA Y RECURRENCIA

Ana Martín García, Javier Jiménez-Candil, María Gallego Delgado, Francisco Martín Herrero, Agustín Martín García, Teresa Cano, Antonio Arribas Jiménez y Cándido Martín-Luengo del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Salamanca y Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El mantenimiento en el tiempo de la fibrilación auricular (FA) ocasiona cambios estructurales en la aurícula izquierda (AI) que favorecen la creación de un sustrato eléctrico-anatómico arritmogénico facilitador de la recurrencia y la perpetuación arrítmica. Así, la FA es una entidad dinámica que puede progresar desde formas paroxísticas (FApx) a persistentes (FAprs) y, posteriormente, a permanentes (FAprm). La dilatación de la AI como resultado macroscópico de este remodelado puede ser valorada con ecocardiografía transtorácica (ETT).

Objetivos: Analizar los cambios evolutivos de las dimensiones de la AI en pacientes con distintas formas de FA no valvular.

Métodos: Análisis observacional y prospectivo en el que se incluyeron consecutivamente 100 pacientes (P) con FA no valvular y FEVI = 50%, 72 de ellos con FA de reciente comienzo revertida a ritmo sinusal (RS)-FApx: 31% y FAprs: 41%- y 28 con FAprm (28%), seguidos un año. Se determinó el área de la AI (AAI) con ETT en la inclusión y el seguimiento. Se analizaron las diferencias del AAI en el tiempo.

Resultados: Las AAI de la FApx y FAprs fueron significativamente menores a las de la FAprm tanto en el estudio basal ($19,7 \pm 4,2$ vs $21,5 \pm 5,1$ vs $26,9 \pm 5,6$ cm²; $p = 0,00$ one-wayANOVA) como en el seguimiento ($21,2 \pm 5,1$ vs $23,3 \pm 5,94$ vs $28,3 \pm 5,48$ cm², $p = 0,000$ one-wayANOVA). Se observaron diferencias significativas en el AAI en el seguimiento respecto la inicial en la FAprs y FAprm ($21,5 \pm 5,1$ vs $23,3 \pm 5,9$ cm², $p = 0,028$ y $26,9 \pm 5,3$ vs $28,3 \pm 5,5$ cm², $p = 0,023$, respectivamente), y no en la FApx ($19,7 \pm 4,2$ vs $21,6 \pm 5,1$ cm², $p = 0,13$). La incidencia cruda anual de recurrencia fue del 48,6%. El AAI de los P que recurrieron fue significativamente mayor respecto a los que mantuvieron el RS, tanto en la inclusión ($22,2 \pm 4,3$ vs $19,4 \pm 4,9$ cm², $p = 0,02$) como en el seguimiento ($24,4 \pm 5,7$ vs $20,5 \pm 4,9$ cm², $p = 0,012$). Además, se observaron diferencias significativas en el tiempo entre el AAI de los que recurrieron ($22,2 \pm 4,3$ vs $24,4 \pm 5,7$ cm², $p = 0,008$) no existentes en los que permanecieron en RS ($19,4 \pm 4,9$ vs $20,5 \pm 4,9$ cm², $p = 0,19$).

Conclusiones: La carga arrítmica parece ser un condicionante importante en el remodelado anatómico de los pacientes con FA. Así, mientras que en aquellos con formas persistentes y permanentes el AAI se incrementa de forma paulatina, en las formas paroxísticas no. Además, la dilatación progresiva de AI parece un marcador de recurrencia.