



6000-8. VOLTAJE REGIONAL AURICULAR IZQUIERDO DURANTE RITMO SINUSAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR. IMPLICACIONES EN EL PRONÓSTICO DURANTE EL SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

Irene Mendiña Gallego, Eduardo Caballero Dorta, Marta Díaz Escofet, Pedro Martín Lorenzo, José Nóvoa Medina, Diego Valdivia Miranda, Maité León Sosa y Alfonso Medina Fernández-Aceytuno del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La amplitud de los electrogramas auriculares (EGM) en ritmo sinusal (RS) obtenidos durante la ablación de la fibrilación auricular (FA) podría identificar áreas de bajo voltaje (ABV) como marcador de remodelado y predecir un peor resultado del procedimiento.

Objetivos: Evaluar la presencia de ABV durante RS en los pacientes con FA paroxística y persistente sometidos a ablación y relacionarla con las características de la población y la tasa de recurrencia.

Métodos: Se evaluaron 43 pacientes (edad: 54 ± 11 años; varones: 79%; FA persistente: 35%; duración FA: 52 ± 41 meses; diámetro de la aurícula izquierda (AI): 44 mm (33-54)), analizando 29 segmentos en pared anterior y posterior, septo, techo y suelo de la AI y 12 segmentos de la aurícula derecha (AD) en RS antes de realizar la ablación. Los pacientes en FA al comienzo del procedimiento fueron cardiovertidos antes de adquirir los EGM. Sólo se consideraron los puntos que mostraban un adecuado contacto catéter-tejido. Los puntos con voltajes $> 0,5$ mV fueron definidos como ABV. El aislamiento de las venas pulmonares constituyó el objetivo de todos los procedimientos. En los pacientes con FA persistente, se realizaron además líneas adicionales en el techo de la AI e istmo mitral. **Resultados:** No se observó la presencia de ABV en ningún paciente con FA paroxística. Se documentó la presencia de ABV en 7 pacientes (47%) con FA persistente, localizadas en la pared posterior (7 pacientes), pared anterior (1 caso), septo (2 casos) y techo (3 casos) de la AI. No se observaron ABV en la AD en ningún paciente. La presencia de ABV no se correlacionó con la coexistencia de hipertensión arterial, edad avanzada, menor velocidad en la orejuela o tiempo de evolución de la FA. Los pacientes con ABV presentaban un diámetro de la AI mayor que los pacientes sin ABV (52 mm vs 43 mm; $p = 0,03$). Tras 16 ± 10 meses de seguimiento, los pacientes con FA persistente con ABV presentaron una tasa de recurrencia significativamente mayor que los pacientes sin ABV (86% vs 25%; $p = 0,04$).

Conclusiones: La presencia de ABV en los pacientes con FA persistente sometidos a ablación es frecuente. Estas áreas se localizan predominantemente en la pared posterior de la AI y su presencia se correlaciona con una tasa mayor de recurrencia en el seguimiento. El diámetro ecocardiográfico de la AI puede constituir un predictor de la presencia de dichas ABV.