



## 6002-38. INFLUENCIA DEL RITMO EN LA IDENTIFICACIÓN DE ISLOTES DE ESCARA AURICULAR EN PACIENTES CON FA PERSISTENTE SIN DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DETECTADA CON CATÉTER DE MAPEO MULTIELECTRODO DE 1 MM

Evaristo Castellanos, Pablo M. Ruiz Hernández, Gonzalo Ríos, Pablo Ávila, Tomás Datino, Felipe Atienza, Francisco Fernández-Avilés y Ángel Arenal del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En la fibrilación auricular persistente (FA-Per), el aislamiento de las venas pulmonares (VVPP) presenta una mayor tasa de recidiva que en FA paroxística. La FA-Per induce una remodelación estructural caracterizada por fibrosis y formación de tejido cicatricial en la aurícula. La remodelación estructural se asocia con una mayor tasa de recurrencia tras la ablación. El mapeo electroanatómico del tejido cicatricial no asociado a las VVPP podría facilitar la identificación del sustrato específico de la FA-Per. Los catéteres de mapeo multielectrodo proporcionan una alta definición de tejido fibrótico en pacientes con taquicardias auriculares. El objetivo fue evaluar y cuantificar la presencia de islotes de tejido cicatricial (durante el ritmo sinusal (RS) y FA) en los pacientes con FA-Per sin disfunción ventricular izquierda.

**Métodos:** Se incluyeron 20 pacientes con FA-Per y FEVI > 0,45 remitidos para un primer procedimiento de ablación de VVPP. Durante el estudio se realizó un mapa de alta densidad mediante el catéter multielectrodo Pentaray y el sistema CARTO-3 (Biosense), en FA y, tras una cardioversión, en RS (fig.). Se identificó el área con voltaje 0,1 mV (islotes de cicatriz densa) y 0,5 mV (islotes de cicatriz no densa, sin área de cicatriz densa en su interior) y se identificaron las zonas (de > 2 cm<sup>2</sup>) rodeadas por tejido mayor voltaje. Se definió la existencia de un patrón parcheado como > 2 islotes en una zona de la aurícula.

**Resultados:** Características basales (media ± DE o porcentajes): 80% varones; 59 ± 7 años; 87 ± 17 kg; 167 ± 25 cm; 29,6 ± 5 Kg/m<sup>2</sup>; 21% DM; 50% hipertensión; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1,5 ± 1,1; FEVI = 0,57 ± 0,1; diámetro AI = 43,9 ± 5,2 mm; 36,8% con fármacos antiarrítmicos; 84,2% con fármacos bloqueadores del nodo-AV, y 15 ± 13 meses desde el diagnóstico hasta el procedimiento de ablación. Los resultados se presentan en la tabla.

Resultados			
	RS	FA	P valor
Nº puntos (media ± DE)	1.546 ± 732	2.517 ± 1452	0,115

Pacientes con islotes de escara densa	15%	45%	0,01
Nº medio de islotes densos	0,2	1,85	0,004
Pacientes con parcheado de área densa	0%	10%	0,163
Pacientes con islotes de escara no densa	45%	45%	1
Nº medio de islotes no densos	2,35	2,1	0,772
Pacientes con parcheado a. no densa	10%	25%	0,186

**Conclusiones:** Se identificaron islotes de áreas de bajo voltaje hasta en un 45% de los pacientes con FA persistente sin disfunción ventricular izquierda. En comparación con los mapas en RS, los mapas en FA identificaron más islotes de escara densa y lo hicieron en más pacientes. Así mismo, un patrón parcheado se identificó hasta en un 25% de los pacientes, y también los mapas en FA fueron más sensibles para objetivarlos. El uso de un catéter de mapeo multielectrodo de 1 mm permite una evaluación muy detallada del sustrato auricular.