



## 6018-13. CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCCIÓN ELÉCTRICA DE LA UNIÓN ANTRO-VENA PULMONAR CON MAPEO DE VOLTAJE DE ALTA DENSIDAD: IMPLICACIONES PARA EL AISLAMIENTO SEGMENTARIO

Víctor Manuel Palanca Gil<sup>1</sup>, Javier Jiménez Bello<sup>2</sup>, Bruno Bochar Villanueva<sup>3</sup>, Alba Cerveró Rubio<sup>2</sup>, Ana Torada Aguilera<sup>4</sup> y Aurelio Quesada Dorador<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Consortio Hospital General Universitario, Escuela de Doctorado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. <sup>2</sup>Consortio Hospital General Universitario, Valencia. <sup>3</sup>Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia. <sup>4</sup>Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. <sup>5</sup>Consortio Hospital General Universitario, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los estudios sobre ablación segmentaria de fibrilación auricular (FA) fueron realizados con catéteres convencionales de mapeo. Nuestro objetivo es averiguar si es posible identificar áreas de conducción eléctrica (ACE) desde el antro a las venas pulmonares mediante el uso de sistema de mapeo de alta densidad de voltaje (MADV) y valorar si la ablación dirigida a dichas áreas es capaz de lograr el aislamiento eléctrico (AE) de la vena.

**Métodos:** Se analizaron 54 venas pulmonares de 14 pacientes con FA paroxística. El MADV fue realizado con el catéter PentaRay (Biosense Webster). Se configuró un voltaje bipolar de 0,25 mV-0,80 mV. En las ACE encontradas, fueron analizadas la localización, el número, la extensión en el perímetro de la vena y la longitud en que se introducen en la vena. Se contabilizó el porcentaje de venas en las que la ablación dirigida a las ACE logró el AE. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Encontramos 60 ACE. La localización más frecuente en la vena pulmonar superior izquierda fue en el *ridge* (66,4%) y en pared posterior (44%), en la vena pulmonar inferior izquierda fue en la carina (66,6%) y pared posterior (44%), en la vena pulmonar superior derecha fue en la pared anterior (81,8%) y en la vena pulmonar inferior derecha fue en la región inferior (75%). El número de ACE fue mayor en las venas superiores que en las inferiores ( $p = 0,021$ ). La vena pulmonar inferior derecha mostró significativamente mayor extensión en el perímetro ( $p = 0,010$ ). La longitud hacia dentro de la vena fue mayor en las venas izquierdas que en las derechas ( $p = 0,012$ ). La ablación dirigida a las ACE logró el AE en el 87,5% de las venas. La prevalencia de conexiones epicárdicas encontradas fue del 8,3%.



*ACE en la VPSD y en la VPII.*

**Conclusiones:** Con MADV se pueden identificar una o dos ACE en la unión antro-vena pulmonar en el 81,4% de las venas. La ablación dirigida a las ACE logró el AE en el 87,5% de las venas. Una conexión epicárdica debería ser buscada cuando la ablación dirigida a las ACE no consigue el AE de la vena.