Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 475

Revista Española de Cardiología

13. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y REMODELADO AURICULAR EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR. ANÁLISIS DE RECONSTRUCCIONES TRIDIMENSIONALES DEL VOLTAJE Y GROSOR DE PARED DE LA AURÍCULA IZQUIERDA

Manuel González Armayones, Etel Silva, Lucas Cano Calabria, Rafael Fernández Rivero y Juan Fernández-Armenta Pastor

Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los efectos de la hipertensión arterial en el remodelado auricular y su relación con la aparición de FA no son bien conocidos. Este trabajo tiene como objetivo analizar el voltaje y grosor de la aurícula izquierda tanto en FA paroxística como persistente en relación con la hipertensión arterial.

Métodos: Cincuenta y dos pacientes sometidos a ablación de FA (23 con FA persistente), con una prevalencia de HTA del 51% (27 pacientes). En las 48 horas previas al procedimiento se realizó una tomografía computarizada (TC) realizándose una reconstrucción tridimensional del grosor las paredes de la aurícula izquierda (AI). La AI se segmentó en 5 áreas: lateral, anterior, septal, inferoposterior y techo-posterior. Para análisis del voltaje se realizaron mapas electroanatómicos de alta densidad con catéter multipolar. Se compararon los valores de voltaje y grosor entre las diferentes áreas y según el fenotipo de FA.

Resultados: En el análisis de grosor y voltaje, de los 23.529 puntos analizados; 11.854 pertenecían a pacientes con FA paroxística y 11.675 a FA persistente. El valor medio del voltaje bipolar fue de 1,97 ± 1,85 mV y el valor medio de grosor de 1,50 ± 0,63 mm. No hubo correlación lineal entre voltaje y grosor (R = 0,042). Los pacientes hipertensos presentaron mayor grosor de pared (1,52 ± 0,62 mm vs y de 1,48 ± 0,63 mm, p 0,001) y menor voltaje bipolar medio (1,81 ± 1,82 mV vs 2,12 ± 1,92 mV, p 0,001). Estas diferencias fueron significativas en todos los segmentos, salvo en el inferoposterior para el grosor. La FA persistente se asoció a un mayor grosor y menor voltaje (2,15 ± 1,99 vs 1,78 ± 1,68 mV, 0,001 y 1,39 ± 0,59 vs 1,61 ± 0,65 mm, 0,001) manteniéndose las diferencias en pacientes hipertensos (tabla).

Diferencias de grosor y voltaje entre pacientes hipertensos vs no hipertensos en el grupo de FA paroxística y persistente

	Hipertensión arterial		
	Sí	No	p

	Grosor (mm)	1,42 ± 0,58	1,37 ± 0,59	0,001
FA paroxística				
	Voltaje bipolar (mV)	2,37 ± 2,15	1,93 ± 1,79	0,001
	Grosor (mm)	1,57 ± 0,67	1,67 ± 0,62	0,001
FA persistente				
	Voltaje bipolar (mV)	1,86 ± 1,6	1,7 ± 1,75	0,001

Conclusiones: La FA persistente y la hipertensión arterial en pacientes remitidos a ablación se asocian a mayor grosor y menor voltaje auricular izquierdo. La hipertrofia asociada a bajo voltaje puede ser un marcador de remodelado adverso con valor pronóstico en la FA.