Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1196

Revista Española de Cardiología

6083-504. RELACIÓN ENTRE LA PRESENTACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL *FLUTTER* AURICULAR TÍPICO Y LAS ÁREAS DE BAJO VOLTAJE EN LA AURÍCULA DERECHA

Julian Abdala Lizarraga[1], Javier Quesada Ocete[1], Javier Jiménez Bello[2], Víctor Palanca Gil[2], Blanca Quesada Ocete[2], Neus Valls Gil [2], Rafael Payá Serrano[2], Francisco Arteaga Moreno[3] y Aurelio Quesada Dorador[1]

[1]Universidad Católica San Vicente Mártir. Escuela de Doctorado. Hospital General Universitario, Valencia, España,[2]Hospital General Universitario, Valencia, Valencia, España y [3]Universidad Católica San Vicente Mártir. Escuela de Doctorado, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las áreas de bajo voltaje (ABV) en la aurícula derecha suponen obstáculos a la conducción normal del impulso eléctrico y han sido asociadas con diversas arritmias auriculares. El grupo de trabajo de Milliez *et al.* ha propuesto una clasificación electrocardiográfica del *flutter* auricular (FLA) que podría ser útil para caracterizar mejor a los pacientes y en un futuro predecir su evolución. En particular, los subtipos 2 y 3 del FLA típico antihorario han sido relacionados con una mayor incidencia de dilatación auricular izquierda, cardiopatías y de fibrilación auricular.

Métodos: Decidimos investigar la posible relación entre las ABV en la aurícula derecha de los pacientes con FLA típico y los cincos subtipos de esta arritmia propuestos por estos autores. Para ello, realizamos un estudio prospectivo que incluyó a pacientes sometidos a una ablación de FLA mediante un sistema de navegación no fluoroscópico y catéteres con tecnología de contacto. De acuerdo con la bibliografía previa, dividimos en dos grupos a los pacientes con FLA basándonos en sus características electrocardiográficas: Grupo 1 (FLA antihorario tipo 2, FLA antihorario tipo 3) y Grupo 2 (FLA antihorario tipo 1, FLA horario tipo 1 y FLA horario tipo 2). Los datos de ambos grupos se compararon entre sí mediante test como la t de Student, el test de la U de Mann-Whitney y la prueba de $?^2$.

Resultados: Se incluyeron un total de 24 pacientes. De todas las características demográficas estudiadas solo se evidenció una mayor proporción de hombres en grupo 2 (p 0,023). El resto de las características basales de ambos grupos fueron similares. No se objetivaron diferencias entre los dos grupos cuando se analizaron los datos electrocardiográficos y ecocardiográficos recolectados durante el estudio ($p > 0,05$). Al realizar la comparación de las ABV utilizando como umbral 1,1 mV objetivamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, de manera que los pacientes del grupo 2 presentaron una mayor área total de bajo voltaje y un mayor porcentaje de ABV con respecto a los pacientes del grupo 1 (p 0,05) (figura, tabla).

Comparación de medias globales con los datos del estudio intracavitario de la aurícula derecha entre ambos grupos, haciendo énfasis en las áreas de bajo voltaje

Variable	**Todos (n = 24)**	**Grupo 1 (n = 17)**	**Grupo 2 (n = 7)**	**p**
Área total de la AD (mm^2)	161,3 ± 31,9	157,8 ± 33,9	172,8 ± 22,5	0,284
ABV total a 0,5 mV (mm^2)	19,0 ± 13,5	16,5 ± 12,9	27,3 ± 12,6	0,061
Porcentaje de ABV a 0,5 mV (%)	11,8 ± 7,8	10,4 ± 7,5	16,3 ± 7,6	0,080
ABV total a 1,1 mV (mm^2)	44,0 ± 24,4	38,2 ± 23,1	63,0 ± 19,4	**0,015**
Porcentaje de ABV a 1,1 mV (%)	27,0 ± 13,9	23,8 ± 12,4	37,6 ± 13,9	**0,018**

ABV: áreas de bajo voltaje; AD: aurícula derecha.

Áreas de bajo voltaje identificadas con un umbral de 1,1 mV (gris) en un paciente con flutter *auricular típico antihorario tipo 1.*

Conclusiones: Las características electrocardiográficas de los pacientes con FLA típico podrían traducirse en una mayor extensión de ABV en la aurícula derecha. Estudios futuros nos permitirán conocer si esta asociación se traduce en una evolución clínica o pronóstica distinta.