

Ablación de flutter auricular en hipertensión pulmonar: experiencia de un centro de referencia nacional

Isabel López Alacid(1), Williams Hinojosa Camargo(2), Jendri Manuel Pérez Perozo(2), Pedro Daniel Perdiguero Martín(2), Paula Jiménez Vázquez(1), Ignacio Pascual Ramos(1), Lucía Cobarro Gálvez(3), Daniel Rodríguez Muñoz(1), Fernando Arribas Ynsaurriaga(1), Alejandro Cruz Utrilla(1) y M. Pilar Escribano Subias(1) de (1)Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (2)Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila - España y (3)Unidad de Arritmias. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España

Introducción: En la hipertensión pulmonar (HP), las arritmias supraventriculares se asocian a deterioro clínico y mayor mortalidad. En el flutter auricular (FLA), el tratamiento farmacológico y la cardioversión presentan altas tasas de recurrencia. Se evaluó la eficacia y seguridad de la ablación del istmo cavotricuspídeo (ICT) en pacientes con HP.

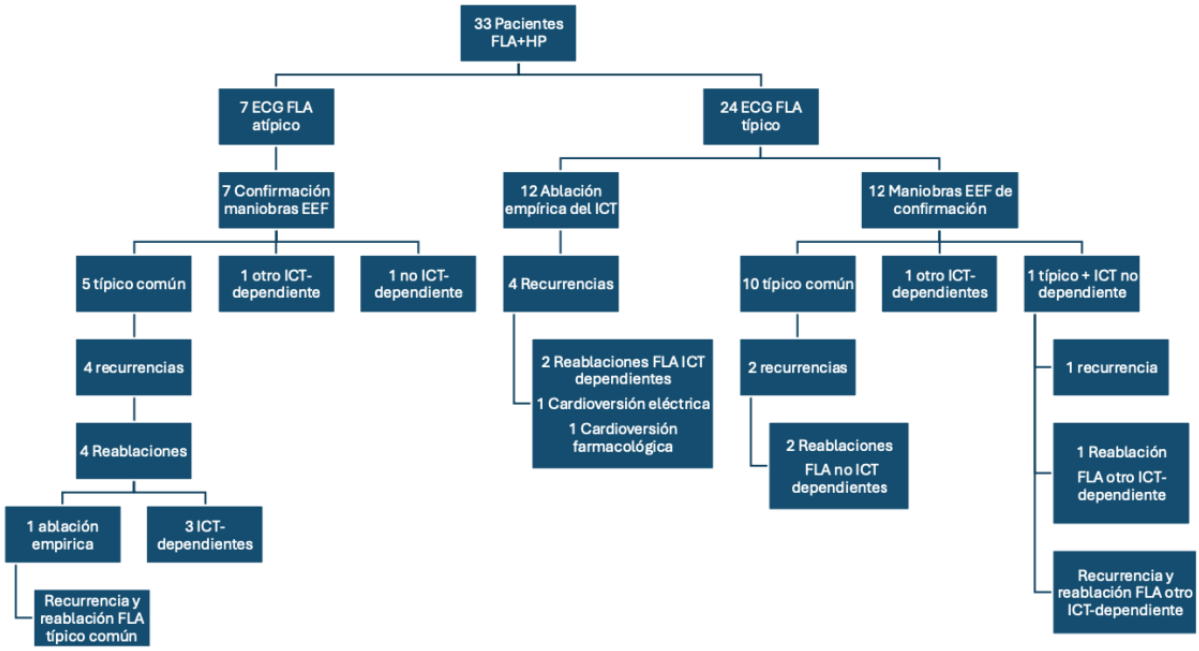
Métodos: Estudio retrospectivo (2010–2024) en pacientes con hipertensión arterial pulmonar o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica sometidos a ablación de ICT por FLA. Se incluyeron casos con patrón electrocardiográfico típico o atípico, con ablación empírica o guiada por estudio electrofisiológico. La recurrencia se definió como nuevo episodio documentado en electrocardiograma durante el seguimiento.

Resultados: Se realizaron 44 procedimientos en 33 pacientes (57,6% mujeres; 56,1±11,7 años). El 69,2% presentaba alto riesgo según la escala COMPERA de cuatro estratos. La ablación se realizó tras el primer episodio en el 76,4%. El diagnóstico de FLA se asoció a insuficiencia cardiaca derecha en el 58,8% y necesidad de ingreso en el 64,7% de los casos. El patrón electrocardiográfico fue típico en el 78,8%, realizándose ablación empírica en el 53,8% de ellos. En los casos atípicos, la dependencia del ICT se confirmó mediante maniobras electrofisiológicas en el 85,7%. Se consiguió bloqueo bidireccional en el 100%, sin complicaciones mayores.

En la mayoría de los procedimientos (88,63%) se utilizó sistema de navegación. En los procedimientos realizados sin navegación, se observó una elevada proporción de recurrencia (3/5). La recurrencia por procedimiento fue similar tras el primer y segundo procedimiento (33,3% en ambos casos). De las recurrencias de FLA, la mayoría fueron tratadas mediante reablación (9/11). Durante el seguimiento (mediana 20 meses), el 16% desarrolló otras arritmias y la mortalidad fue del 33,3%; dos pacientes requirieron trasplante bipulmonar, sin diferencias en el evento combinado según recurrencia.

Conclusiones: La ablación de ICT en pacientes con HP es eficaz y segura, incluso en poblaciones de alto riesgo. La persistencia de tasas de recurrencia similares tras procedimientos repetidos sugiere un sustrato arrítmico complejo en esta población. Dada la asociación del FLA auricular con el deterioro clínico, debe perseguirse una estrategia

activa de control del ritmo en estos pacientes.



Características clínicas y hemodinámicas basales de los pacientes.

Variable	Total (n=33)
Edad, años	56,1 ± 11,7
Sexo femenino, n (%)	19 (57,6)
HAP idiopática/familiar, n (%)	6 (18,2)
HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo, n (%)	3 (9,1)
HAP asociada a cardiopatía congénita, n (%)	10 (30,3)
HP tromboembólica crónica (CTEPH), n (%)	11 (33,3)
HP asociada a tóxicos/VIH, n (%)	3 (9)
Uso de amiodarona, n (%)	18 (54,5)
Presión auricular derecha (PAD), mmHg (n=22)	9,9 ± 5,3
Presión arterial pulmonar media (PAPm), mmHg (n=22)	47,3 ± 13,9
Resistencia vascular pulmonar (RVP), UW (n=22)	9,7 ± 4,9
NT-proBNP, pg/mL	828 (230–1915)
Clase funcional OMS III–IV, n (%)	18 (54,5)
Test de la marcha 6 minutos (6MWD), m	408 (291–525)
Riesgo COMPERA (n=26)	
Riesgo intermedio-bajo, n (%)	2 (7,7)
Riesgo intermedio-alto, n (%)	6 (23,1)
Alto riesgo, n (%)	18 (69,2)

HAP: hipertensión arterial pulmonar; CTEPH: hipertensión pulmonar tromboembólica crónica; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; UW: Unidades Wood; OMS: Organización Mundial de la Salud