

Ablación guiada por imagen electrocardiográfica: ¿realidad o ficción?

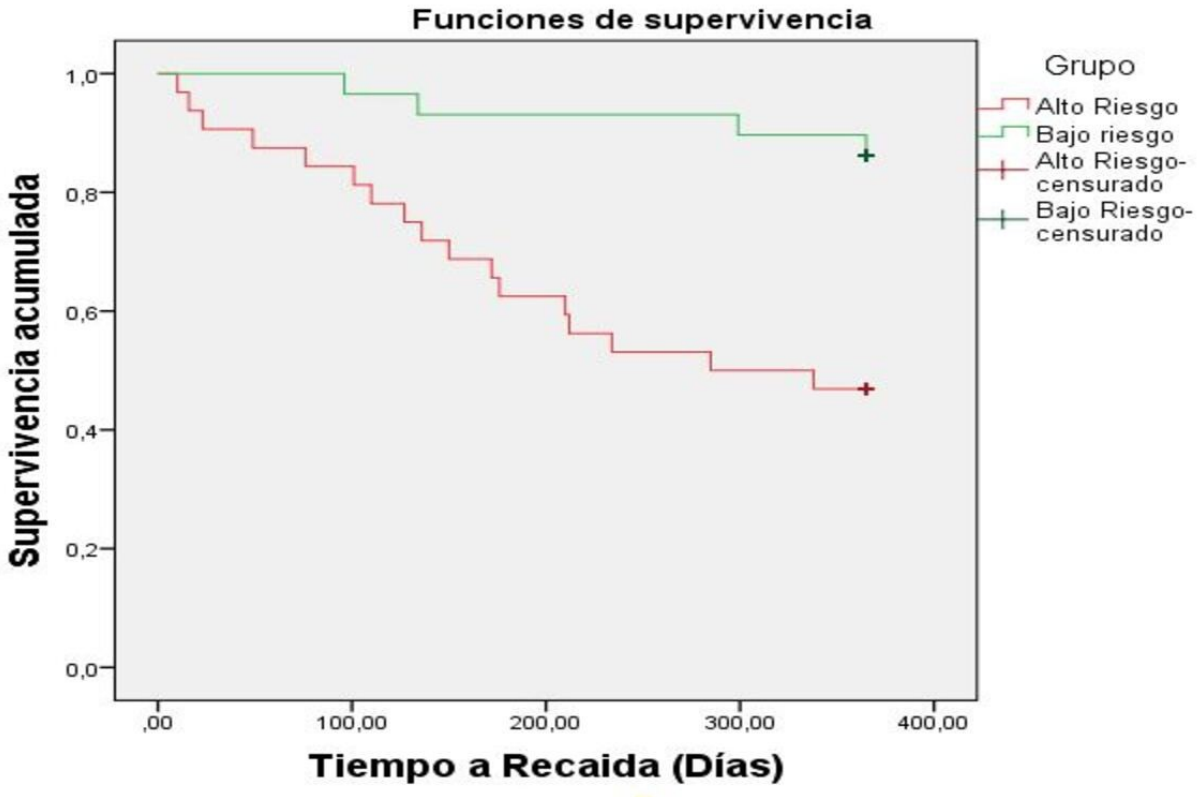
Jorge Llau García(1), Marta Martínez-Pérez(2), Rubén Molero Alabau(2), Inés Lorente(3), Carlos Frambuena-Santos(3), Ismael Hernández Romero(2), Felipe Atienza Fernández(4), Josep Navarro Manchón(1), Óscar Cano Pérez(1), María S. Guillem(2), Andreu Martínez Climent(2), Maite Izquierdo de Francisco(1) y Joaquín Osca Asensi(1) de (1)Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (2)Corify Care. Instituto ITACA. Universitat Politècnica de València, Valencia - España, (3)Instituto ITACA. Universitat Politècnica de València, Valencia - España y (4)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España

Introducción: La ablación por catéter es el tratamiento más eficaz para la fibrilación auricular (FA), pero la tasa de éxito en FA persistente es subóptima debido a la ausencia de herramientas que permitan caracterizar el sustrato arritmogénico individual y guiar ablaciones más allá de estrategias empíricas. Mediante ECGi evaluamos si variables derivadas del mapeo auricular basal y post-ablación permiten estratificar el riesgo de recurrencia tras ablación estandarizada, con el fin de identificar qué pacientes se benefician de esta estrategia y cuáles podrían requerir una ablación más personalizada.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo de 61 pacientes con FA persistente sometidos a primera ablación realizada durante FA basal. Ablación sistemática de venas pulmonares y pared posterior mediante campos pulsados. Durante el procedimiento se realizó mapeo electrocardiográfico de imagen (ECGI) no invasivo mediante un chaleco de 128 electrodos. Para caracterizar la arritmia se calcularon mapas SAHRA (Stability of local Atrial High-Rate Activity) con 5 minutos de FA basal y 1.5 minutos post ablación en los pacientes que requirieron cardioversión eléctrica (CVE), que miden la estabilidad de la frecuencia de activación más rápida a lo largo del tiempo en cada punto de mapeo. Las aurículas se segmentaron en 12 regiones (7 la izquierda y 5 la derecha) y se identificaron las de mayor SAHRA (regiones dominantes). El seguimiento se realizó a los 6 y 12 meses mediante monitorización Holter Nuubo®.

Resultados: La terminación aguda por ablación se asoció a menor recurrencia (2/13, 15.4% vs 19/48, 39.6%), al igual que la ausencia de regiones dominantes en aurícula derecha (AD) pre y post ablación (2/16, 12.5% vs 19/45, 42.2%). Combinando ambas variables se identificaron dos grupos: bajo riesgo (terminación aguda o ausencia de regiones dominantes en AD) con 13.79% de recurrencia, y alto riesgo (sin terminación aguda y con regiones dominantes en AD) con 53.12%, con diferencias estadísticamente significativas tanto en chi-cuadrado como en el análisis de supervivencia (p=0.001; HR 0.141, IC95% 0.04-0.50).

Conclusiones: El mapeo ECGi podría potencialmente identificar pacientes en los que la ablación convencional no es suficiente: aquellos en que hay RD en AD pre o post ablación sin conseguir que paren en agudo. Estos pacientes podrían ser candidatos a una ablación más extensa, que incluyera la AD.


Funciones de supervivencia
Supervivencia acumulada
1,0
0,8
0,6
0,4
0,2
0,0
,00
100,00
200,00
300,00
400,00
Tiempo a Recaida (Días)
Grupo
Alto Riesgo
Bajo riesgo
Alto Riesgo-censurado
Bajo Riesgo-censurado