


# Diámetro auricular como predictor de recurrencias tras primer procedimiento de ablación de fibrilación auricular por campo pulsado

Leopoldo Fernández Ruz(1), Jaime González Lozano(2), Pedro Fernández Martín(1), Rosa María Barrios Campos(1) y Gabriel Alejandro Ballesteros Derbenti(2) de (1)Cardiología y (2)Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga - España

Introducción: Diversos parámetros de imagen se han estudiado como predictores de recurrencia tras ablación de fibrilación auricular (FA). Clásicamente, un diámetro de la aurícula izquierda (DAI) aumentado se ha asociado con mayor tasa de recurrencias tras ablación con radiofrecuencia, con menor evidencia en ablación por campo pulsado (PFA). El objetivo fue analizar el papel del DAI como predictor de recurrencias tras un primer procedimiento de ablación de FA.

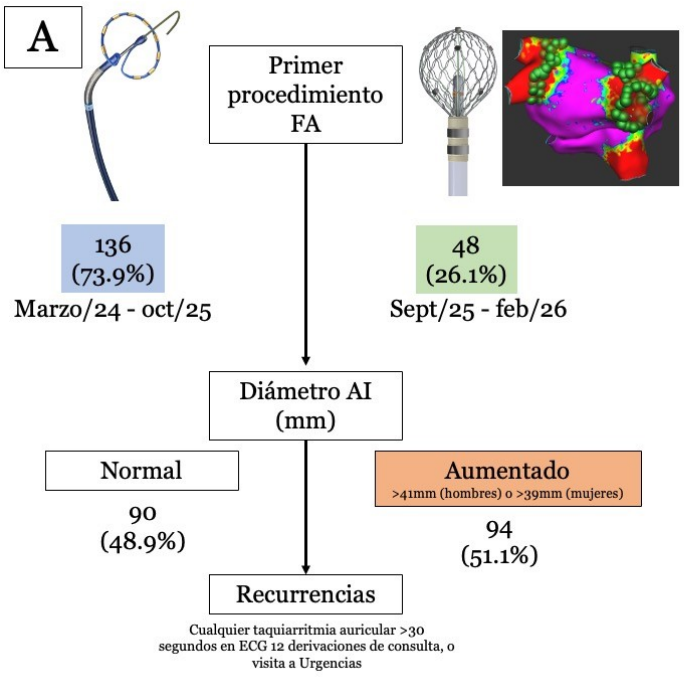
Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó de forma consecutiva pacientes sometidos a primer procedimiento de ablación de FA entre marzo de 2024 y junio de 2026. El flujo de pacientes y la definición de DAI y recurrencias se encuentra resumido en la imagen 1A. Se realizó análisis univariante y multivariante mediante regresión logística con software SPSS.

Resultados: Se analizaron 184 pacientes (edad media 63.7 años; 42.9% mujeres, 73.9% con catéter circular), El 57.6% presentó FA paroxística y la mayoría (61.4%) sin cardiopatía estructural con una FEVI mediana de 60% (RIC 60-65) y un DAI mediano de 40mm (RIC 37-42). El resto de variables se encuentran en la Tabla 1. La mayoría se realizaron bajo sedación profunda (92.9%). En todos los pacientes salvo 1 se consiguió éxito agudo de la ablación de venas pulmonares.

Los pacientes con DAI aumentado presentaban mayor edad, mayor prevalencia de hipertensión, mayor IMC y mayor proporción de FA persistente. En el análisis univariado, se asoció a una mayor tasa de recurrencia global (23.3% vs 37.2%, p=0.04), con mayor número de recurrencias tanto en blanking como pasados 3 meses de la ablación. Sin embargo, en el análisis multivariante, el DAI y su forma dicotomizada (aumentado o no) fue predictor independiente de recurrencias (OR 1.02; IC 95% 0.93–1.13; p=0.64). Los predictores independientes fueron la FA persistente o de larga duración (OR 2.76; IC 95% 1.23–6.18; p=0.014) y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (OR 2.58; IC 95% 1.06–6.27; p=0.036) (imagen 1B).

Conclusiones: El DAI aumentado se asoció a una mayor tasa de recurrencias tras primer procedimiento de ablación de FA por campo pulsado en el análisis univariante, pero no de forma independiente tras el ajuste. La recurrencia

parece estar más relacionada con la duración de la FA y el fenotipo clínico



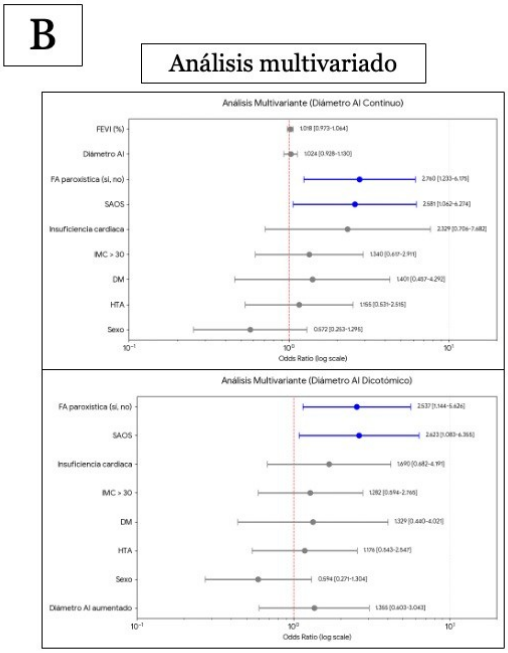



**Tabla 1. Características clínicas y relacionadas con el procedimiento tras ablación de fibrilación auricular**

| Variable (n/N) | DAI normal N=90 | DAI aumentado N=94 | Valor P | Variable (n/N) | DAI normal N=90 | DAI aumentado N=94 | Valor P | Variable (n/N) | DAI normal N=90 | DAI aumentado N=94 | Valor P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | 60.69 ± 11.14 | 66.5 ± 9.2 | 0.0001 | Cardiopatía previa | | | 0.01 | Recurrencia total (56/184, 30.4%) | 21 (23.3%) | 35 (37.2%) | 0.04 |
| Sexo femenino (79/184, 42.9%) | 31 (34.4%) | 48 (51.1%) | 0.023 | Ninguna (113, 61.4%) | 67 (74.4%) | 46 (48.9%) | | Recurrencia en blanking (0-90 días) (24/184, 13%) | 9 (10%) | 15 (16%) | 0.291 |
| HTA (106/184, 57.6%) | 45 (50%) | 61 (64.9%) | 0.041 | Taquimiocardiopatía (14, 7.6%) | 4 (4.4%) | 10 (10.6%) | | Recurrencia > 3 meses (32/167*, 19.2%) | 12 (14.6%) | 20 (23.5%) | 0.144 |
| DM (23/184, 12.5%) | 8 (8.9%) | 15 (16%) | 0.147 | CI (18, 9.8%) | 9 (10%) | 9 (9.6%) | | Tipo de recurrencia | | | 0.083 |
| DLP (51/184, 27.7%) | 21 (23.3%) | 30 (31.9%) | 0.194 | MCDNI (10, 5.4%) | 1 (1.1%) | 9 (9.6%) | | FA paroxística (13/56, 23.2%) | 7/21 (33.3%) | 6/35 (17.1%) | |
| Fumador (43/184, 23.4%) | 17 (18.9%) | 26 (27.7%) | 0.16 | Amiloidosis (2, 1.1%) | 0 | 2 (2.1%) | | FA persistente | 8/21 (38.1%) | 24/35 (68.6%) | |
| Exfumador (44/184, 23.9%) | 20 (22.2%) | 24 (25.4%) | 0.6 | CHTA (12, 6.5%) | 5 (5.6%) | 7 (7.4%) | | Flutter | 6/21 (28.6%) | 5/35 (14.3%) | |
| SAOS (40/144, 21.7%) | 19 (21.1%) | 21 (22.3%) | 0.84 | Valvular (10, 5.4%) | 3 (3.3%) | 7 (7.4%) | | Redo durante seguimiento (13, 7.1%) | 8 (8.9%) | 5 (5.3%) | 0.398 |
| IMC | 27.12 ± 4.24 | 29.81 ± 4.68 | 0.0001 | Otra (5, 2.7%) | 1 (1.1%) | 4 (4.3%) | | | | | |
| IMC >30 (54/164, 32.9%) | 22 (26.2%) | 32 (40%) | 0.06 | Tipo FA | | | 0.0001 | | | | |
| ICC (33/184, 17.9%) | 4 (4.4%) | 29 (30.9%) | 0.0001 | Paroxística (106, 57.6%) | 69 (76.7%) | 37 (39.4%) | | | | | |
| FEVI (%) | 60 [60 – 65] | 60 [47.5 – 65] | 0.058 | Persistente / larga duración (53, 28.8%) | 21 (23.3%) | 57 (60.6%) | | | | | |
| CHA2DS2-VA (puntos) | 1 [0 – 2] | 2 [1 – 3] | 0.0001 | Ritmo al llegar a sala | | | 0.0001 | | | | |
| Tipo de catéter | | | 0.24 | Sinusal (112, 60.9%) | 70 (77.8%) | 42 (44.7%) | | | | | |
| Catéter circular | 70 (51.5%) | 66 (48.5% | | FA (72, 39.1%) | 20 (22.2%) | 52 (55.3%) | | | | | |
| Catéter dual | 20 (41.7%) | 28 (58.3%) | | FAA al alta (40/184, 21.7%) | 11 (12.2%) | 29 (30.9%) | 0.002 | | | | |
| Tiempo de procedimiento (min) | 55 [48 – 62] | 60 [48.25 – 69.75] | 0.5 | FAA en último seguimiento (38/184, 20.7%) | 11 (12.2%) | 27 (28.7%) | 0.006 | | | | |
| Escopia (min) | 10.9 [9 – 17.7] | 11.55 [8.6 – 20.4] | 0.99 | | | | | | | | |
| Tiempo en AI (min) | 34 [28 – 40] | 33 [30 – 41] | 0.582 | | | | | | | | |

AI: aurícula izquierda. CI: cardiopatía isquémica. CHTA: cardiopatía hipertensiva. DAI: diámetro de aurícula izquierda. DM: diabetes mellitus. DLP: dislipemia. FA: fibrilación auricular. FAA: fármacos antiarrítmicos. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HTA: hipertensión arterial. ICC: insuficiencia cardiaca congestiva. IMC: índice de masa corporal. ICC: insuficiencia cardiaca congestiva. MCDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica. SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño