

La miocardiopatía auricular derecha como principal predictor estructural de recurrencia de FA tras la ablación con catéter

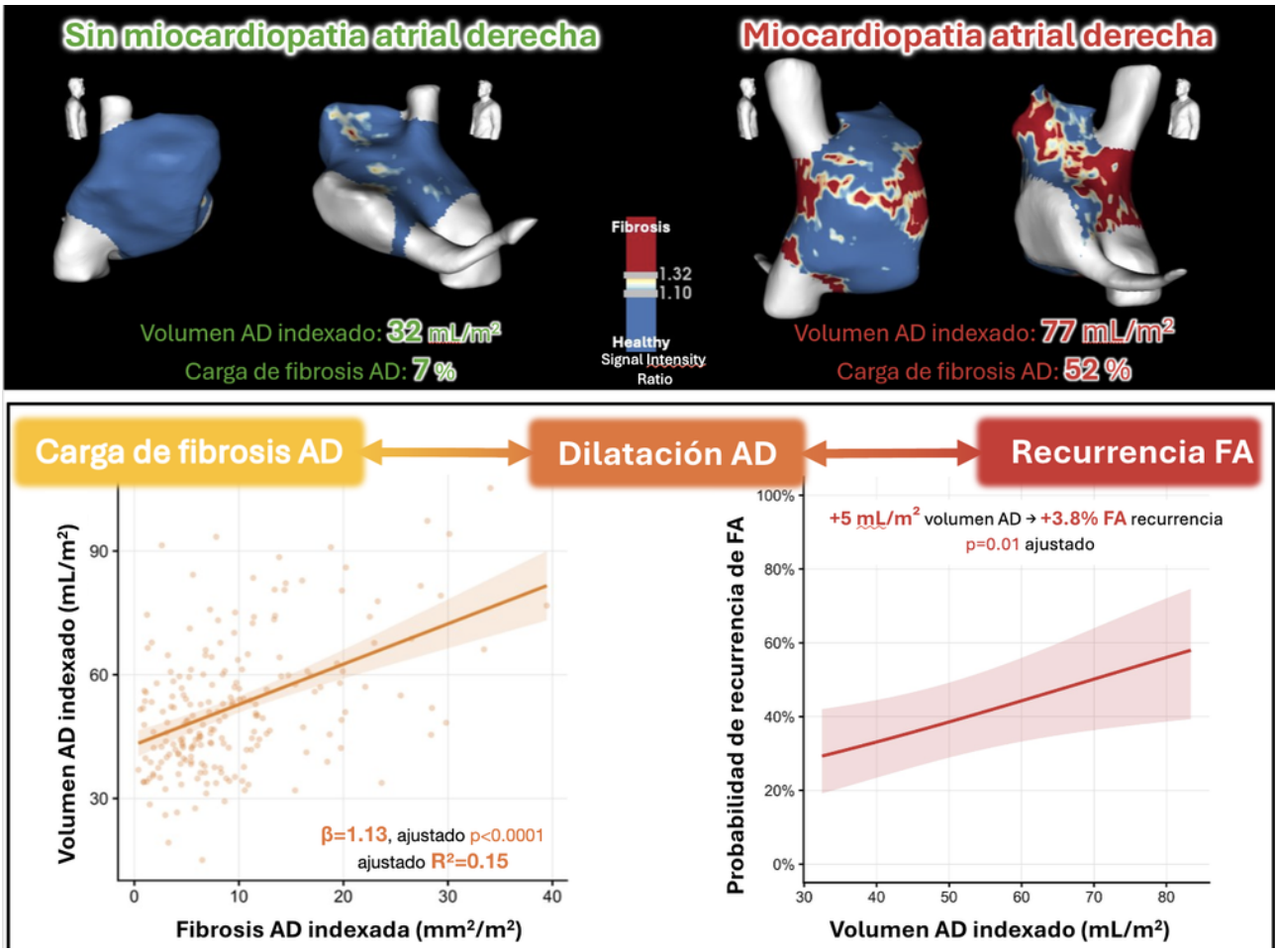
Erwin Bechtold Javier(1), Inés Martínez Saludes(1), Edwin Gunawan(1), Marc Brusosa Baulenas(1), Cristina Molero(1), Mariona Regany-Closa(1), Eduard Guasch i Casany(1), Andreu Porta-Sánchez(1), José María Tolosona Viu(1), Ivo Roca-Luque(1), Rafael Jiménez(1), Marta Sitges Carreño(1), Adelina Doltra Magarolas(1) y Jean-Baptiste Guichard(1) de (1)Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España

Introducción: El remodelado auricular condiciona el pronóstico de la fibrilación auricular (FA), pero la evaluación preablación se centra sobre todo en la aurícula izquierda. Este estudio evalúa si el remodelado biatrial, cuantificado mediante fibrosis por resonancia magnética con realce tardío e índices volumétricos, predice la recurrencia de FA tras la ablación.

Métodos: En este estudio unicéntrico se incluyeron 210 pacientes sin cardiopatía estructural ventricular ni valvular, sometidos a resonancia magnética con realce tardío de gadolinio antes de la ablación para la cuantificación de fibrosis y la valoración indexada del tamaño de las cavidades. El objetivo primario fue la recurrencia de FA a los 12 meses. Todos los análisis estadísticos se ajustaron por edad, sexo, tipo de FA y número de procedimientos.

Resultados: Las características basales fueron representativas de una población sometida a ablación de FA: edad media de 59 años, 32% de mujeres y 29% con FA persistente.
El volumen auricular derecho indexado fue el único predictor estructural independiente de recurrencia de FA (OR = 1,024; IC95%: 1,004–1,043; p = 0,01). Un incremento de 5 mL/m² en el volumen auricular derecho se tradujo en un aumento del 3,8% en la probabilidad de recurrencia. Ningún marcador de miocardiopatía auricular izquierda, incluida la carga global de fibrosis auricular izquierda o el volumen auricular izquierdo indexado, mantuvo significación tras el ajuste (ambos p > 0,10). La edad fue la única covariable clínica significativamente asociada con la recurrencia (OR = 0,97; IC95%: 0,94–0,99; p = 0,04), mientras que el sexo, el tipo de FA —paroxística o persistente— y el número de procedimientos previos no fueron significativos.
La miocardiopatía auricular derecha mostró una marcada coherencia interna: la fibrosis auricular derecha global y regional se correlacionó fuertemente con el volumen auricular derecho indexado (p < 0,0001).

Conclusiones: El remodelado auricular derecho fue el principal determinante estructural de la recurrencia de FA tras la ablación, por encima de los marcadores auriculares izquierdos, y se asoció de forma consistente con un patrón integrado de fibrosis y dilatación auricular derecha. Estos hallazgos posicionan la miocardiopatía auricular derecha como un componente central y previamente infraestimado del sustrato de la FA.


Sin miocardiopatia atrial derecha
Miocardiopatia atrial derecha
Fibrosis
1.32
1.10
Healthy
Signal Intensity
Ratio
Volumen AD indexado: 32 mL/m²
Carga de fibrosis AD: 7 %
Volumen AD indexado: 77 mL/m²
Carga de fibrosis AD: 52 %

Carga de fibrosis AD
Dilatación AD
Recurrencia FA
Volumen AD indexado (mL/m²)
Fibrosis AD indexada (mm²/m²)
β=1.13, ajustado p<0.0001
ajustado R²=0.15
Probabilidad de recurrencia de FA
+5 mL/m² volumen AD → +3.8% FA recurrencia
p=0.01 ajustado
Volumen AD indexado (mL/m²)