

# Fibrilación Auricular Paroxística, ¿Llegó el momento de cambiar?

Dr. Fernando A. Scazzuso

Jefe de electrofisiología invasiva Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA). CABA Argentina

En la página 102 de este número de la Revista Electrofisiología y Arritmias el Dr. Negrete Salcedo y col. presentan los resultados obtenidos en el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística con ablación por radiofrecuencia en un centro especializado de Cali, Colombia. Se trata de un trabajo muy meritorio, que reúne una población numerosa de pacientes que padecen de esa arritmia, lo cual no es fácil de conseguir en un solo centro de Sudamérica.

Este artículo describe una técnica de tratamiento para la fibrilación auricular paroxística, el aislamiento antral de las venas pulmonares, con buenos resultados en general, baja tasa de complicaciones menores y ausencia de complicaciones graves. En efecto, no se comunican estenosis de la vena pulmonar, fístula aurículo-esofágica o paresia diafragmática, que fueron destacadas en publicaciones de otros grupos de investigadores de Estados Unidos y Europa e incluyeron un número considerable de pacientes. Otro dato llamativo es que el 72,4% de los pacientes presentaba un episodio diario de fibrilación auricular durante 5,75 años en promedio. Por consiguiente, estamos en presencia de una población altamente seleccionada, con mucha carga arritmica y poco sintomática, ya que sólo el 48% de la población requirió hospitalización a causa de la arritmia o de sus consecuencias. A pesar de esto, debe señalarse el hecho de que sólo el 27,6% de la población, cuya edad promedio era de 66 años, recibía tratamiento anticoagulante. Desconocemos el puntaje CHADS2 de esta población, que nos ayudaría a comprender la baja tasa de anticoagulación.

Desde el punto de vista metodológico no queda claro si el aislamiento de la vena cava superior y la realización de una línea de bloqueo en el nivel del istmo cavo tricuspídeo se realizó en todos los pacientes como parte de un protocolo o según los hallazgos obtenidos en el estudio electrofisiológico. La primera comunicación acerca de la utilidad clínica del aislamiento eléctrico de la vena cava superior data de diciembre de 2007<sup>1</sup>. Tampoco se menciona la utilización o no de antiarrítmicos y/o anticoagulación por vía oral durante el posoperatorio.

Más allá del protocolo utilizado, la tasa de éxito a 12 meses que obtuvieron los autores es difícil de evaluar debido a que de este análisis se eliminaron los pacientes que presentaron recurrencias en los primeros tres meses posteriores al procedimiento. Es conocida la existencia de un período "ventana", de aproximadamente 3 meses, durante el cual la inflamación y el remodelado de las lesiones son actores

preponderantes en la instalación de la arritmia. Otros autores han ensayado fármacos antiarrítmicos<sup>2</sup> o dosis bajas de corticoides<sup>3</sup> para el control de este fenómeno. Ahora bien, es también conocido que las recurrencias sostenidas de la fibrilación auricular que ocurren en los primeros tres meses desde el procedimiento de ablación vaticinan las recidivas en el seguimiento a 12 meses. Por lo tanto, no debería eliminarse a esos casos de nuestro análisis estadístico. El 24% de los pacientes presentó recurrencias tempranas de la arritmia y el 12% en el seguimiento a un año. En el mejor de los escenarios, alrededor del 75% de los pacientes permanecía en ritmo sinusal si tomamos a la población total en el análisis. De todos modos, estos resultados pertenecen a un grupo de electrofisiólogos que dominan muy bien la técnica y que practican un número considerable de procedimientos. Según el registro mundial de ablaciones de fibrilación auricular<sup>4</sup>, los resultados descriptos por el Dr. Negrete Salcedo y col. corresponden a grupos con un volumen de trabajo superior a 180 casos anuales.

Este artículo ratifica el rol que cumple el aislamiento de las venas pulmonares en el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística y su superioridad frente al tratamiento médico convencional. El 84,7% de la población incluida en este estudio se encontraba en tratamiento con amiodarona y debió ser tratada con radiofrecuencia por la refractariedad de la arritmia. Tomamos el ejemplo de la amiodarona por ser el antiarrítmico más potente y eficaz para el tratamiento de la fibrilación auricular. En el año 2010, la Sociedad Europea de Cardiología<sup>5</sup> modificó la guía de tratamiento de la fibrilación auricular otorgando prioridad a la ablación por radiofrecuencia por sobre el tratamiento con amiodarona atendiendo sobre todo a su toxicidad. Si bien la amiodarona es aconsejada por los autores como una opción al tratamiento antes de la ablación por radiofrecuencia, esta es menos eficaz que la amiodarona<sup>6-8</sup> y por estos días se conoce que no está exenta de efectos secundarios graves<sup>9-10</sup>.

En conclusión, el aislamiento de las venas pulmonares para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística es una técnica en constante evolución, que permite tratar cada día a más pacientes por grupos cada vez más experimentados con tasas de éxito y complicaciones aceptables.

## Referencias

1. Arruda M, Mlcochova H, Prasad SK et al. Electrical Isolation of the Superior Vena Cava: An Adjunctive Strategy to Pulmonary Vein Antrum Isolation Improving the Outcome of AF Ablation. *J Cardiovasc Electro-physiol* 2007; 18 (12): 1261-1266.
2. Roux JF, Zado E, Callans DJ et al. Antiarrhythmics After Ablation of Atrial Fibrillation. *Circulation* 2009; 120(12):1036-40.
3. Koyama T, Tada H, Sekiguchi Y et al. Prevention of atrial fibrillation recurrence with corticosteroids after radiofrequency catheter ablation. *J Am Coll Cardiol*, 2010; 56:1463-1472

**Correspondencia:** Dr. Fernando A. Scazzuso  
Correo electrónico: fscazzuso@arnet.com.ar

Recibido: 10/09/2010

Aceptado: 15/09/2010

4. Cappato R, Calkins H, Chen SA et al. Updated Worldwide Survey on the Methods, Efficacy, and Safety of Catheter Ablation for Human Atrial Fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2010; 3:32-38.
5. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH et al. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *EurHeart J* 2010; 31, 2369–2429.
6. Hohnloser SH, Crijns HJG. Effect of Dronedaron on Cardiovascular Events in Atrial Fibrillation *N Engl J Med* 2009; 360:668-678.
7. Piccini JP, Hasselblad V. Comparative Efficacy of Dronedaron and Amiodaron for the Maintenance of Sinus Rhythm in Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54:1089–95
8. Singh BN, Connolly SJ . Dronedaron for Maintenance of Sinus Rhythm in Atrial Fibrillation or Flutter. *N Engl J Med* 2007; 357:987-999.
9. FDA Drug Safety Communication: Severe liver injury associated with the use of dronedaron (marketed as Multaq). <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm240011.htm>
10. Questions and answers on the possible risk of liver injury with Multaq (dronedaron). [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Medicine\\_QA/human/001043/WC500101075.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Medicine_QA/human/001043/WC500101075.pdf)