

Fibrilación auricular paroxística en paciente joven sin cardiopatía estructural. ¿Cómo actuamos?

Pérez-Díaz P.¹, Bermejo N.², Arizón JM.¹, Jiménez J.¹

¹Servicio de Cardiología. GAI-CR.

²Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria. GAI-CR.

Resumen

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente con repercusión clínica. Su elevada morbimortalidad hacen que la ablación de las venas pulmonares sea un abordaje invasivo válido especialmente en casos seleccionados sin cardiopatía asociada. Presentamos un caso de un paciente joven que presentaba episodios de fibrilación auricular paroxística a quien planteamos la ablación como abordaje terapéutico definitivo.

Abstract

Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia with clinical impact. Its high morbidity and mortality make pulmonary-vein isolation a valid invasive approach, especially in selected cases without associated heart disease. We describe the case of a young patient who presented with a recurrent paroxysmal atrial fibrillation to whom we proposed isolation as a definitive therapeutic approach.

Palabras clave: Fibrilación auricular paroxística — antiarrítmicos — ablación de venas pulmonares

Keywords: Paroxysmal atrial fibrillation — antiarrhythmic drugs — pulmonary-vein isolation

Correspondencia: pedroperezdiaz61@gmail.com

Introducción.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, afecta a un 1-2 % de la población general y genera un número significativo de consultas en urgencias e ingresos hospitalarios. La fibrilación auricular paroxística se define como aquella que cardiovierte espontáneamente y dura menos de 7 días. Presenta un menor riesgo de embolismo sistémico pero puede evolucionar hacia la forma persistente o crónica, con el consiguiente riesgo de taquimiopatía¹. Presentamos un caso de un paciente joven con episodios de FA paroxística a quien propusimos una ablación percutánea de venas pulmonares como estrategia terapéutica definitiva.

Presentación del caso.

Un varón de 55 años, con antecedentes de fumador, miopericarditis aguda y fibrilación auricular paroxística en tratamiento con bisoprolol y amiodarona acudió a consulta de arritmias para revisión. Refería episodios ocasionales de palpitaciones recurrentes asociadas a cortejo vegetativo e hipotensión arterial, sin documentación electrocar-

diográfica. Comentaba astenia, debilidad muscular generalizada y ftofobia. La exploración mostró frecuencia cardíaca 60 lpm, tensión arterial 120/60 mmHg, satO₂ 95 %, auscultación cardiopulmonar rítmica y sin soplos y murmullo vesicular conservado. La analítica y radiografía de tórax resultaron anodinas y el electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 60 lpm, PR normal, QRS estrecho, eje del QRS a 60° y no alteraciones del segmento ST ni de las ondas T. (figura 1). Un ecocardiograma transtorácico realizado en consulta mostró ausencia de valvulopatías, ventrículo izquierdo no dilatado y con grosor parietal normal, sin anomalías de la contractilidad segmentaria y función sistólica conservada (figura 2). Ante estos hallazgos, explicamos al paciente las diversas opciones terapéuticas, con sus pros- y sus contras. Le indicamos que si bien las guías clínicas recomiendan iniciar antiarrítmicos en primer caso documentado, algunos estudios demuestran una mayor eficacia del aislamiento de venas pulmonares, incluso en el primer episodio de fibrilación auricular. Al paciente se le había prescrito Amiodarona tras el episodio diagnóstico

de la arritmia, que si bien inicialmente lo había tolerado bien, posteriormente comenzó a desarrollar fotofobia como uno de los potenciales efectos adversos de la misma. De esta manera, en consenso con el paciente, solicitamos un TAC de venas pulmonares ambulante e indicamos una ablación de las venas pulmonares. Un año más tarde, el paciente se encuentra cardiológicamente estable, sin nuevos episodios de palpitaciones ni recurrencias de la arritmia en dos Holter de 48 horas.

Discusión.

La elevada prevalencia y morbilidad de la fibrilación auricular (FA), junto con su tendencia a evolucionar de forma crónica y a la limitada eficacia de los fármacos antiarrítmicos, ha motivado la búsqueda de tratamientos curativos. El aislamiento completo de las venas pulmonares (AVP) a nivel auricular se realiza mediante ablación secuencial ("punto por punto") con un catéter de radiofrecuencia², a través de lesiones lineales que rodean las venas pulmonares, o mediante ablación con criobalón. Ambas técnicas de aislamiento presentan resultados similares, mientras que el aislamiento completo tiene mejores resultados en cuanto a mantenimiento de ritmo cardíaco que el incompleto³. Existe controversia entre la menor o mayor efectividad de la ablación de la FA en pacientes con primer episodio de fibrilación auricular con respecto a los antiarrítmicos⁴. Sin embargo, en pacientes con fibrilación auricular paroxística con intolerancia o refractariedad a antiarrítmicos (especialmente en pacientes jóvenes sin cardiopatía estructural) ha demostrado ser más efectiva en cuanto a mantenimiento del ritmo sinusal⁵. Los datos sobre eficacia y seguridad de la ablación con catéter en pacientes con FA persistente o persistente de larga duración son más escasos, pero todos indican que las tasas de recurrencia son menores tras la ablación con catéter que con el tratamiento antiarrítmico farmacológico, con o sin cardioversión⁶. Los pacientes deben ser atendidos en consulta por un especialista en ritmo cardíaco como mínimo una vez durante los primeros 12 meses tras la ablación. El tratamiento antiarrítmico farmacológico se debe mantener durante 8-12 semanas tras la ablación con catéter para reducir las recurrencias tempranas, y la anticoagulación un mínimo de ocho semanas después del procedimiento en todos los pacientes².

Conclusiones.

La fibrilación auricular paroxística presenta menos riesgo embólico que la permanente, pero puede evolucionar hacia la cronicidad, con el consiguiente riesgo de taquimiopatía. Las guías clínicas recomiendan tratamiento antiarrítmico inicialmente, si bien cada vez son más los registros y ensayos que sugieren una mayor eficacia de la ablación de venas pulmonares con respecto a dichos fármacos. En nuestro caso, asumimos una intolerancia incipiente al antiarrítmico (Amiodarona) por fotofobia, e indicamos un aislamiento de las venas pulmonares, con excelente resultado.

Bibliografía.

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016 Oct 7;37(38):2893-2962.
2. Kuck KH, Hoffmann BA, Ernst S, et al. Impact of complete versus incomplete circumferential lines around the pulmonary veins during catéter ablation of paroxysmal atrial fibrillation: results from the Gap-Atrial Fibrillation-German Atrial Fibrillation Competence Network 1 Trial. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2016;9.
3. Luik A, Radzewitz A, Kieser M, et al. Cryoballoon versus open irrigated radiofrequency ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation: The Prospective Randomized Controlled Noninferiority FreezeAF Study. *Circulation*. 2015;132:311-9.
4. Hakalahti A, Biancari F, Nielsen JC, et al. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drug therapy as first line treatment of symptomatic atrial fibrillation: systematic review and meta-analysis. *Europace* 2015;17:370-8.
5. Wilber DJ, Pappone C, Neuzil P, et al. Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catéter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010;303:333-40.
6. Oral H, Pappone C, Chugh A, et al. Circumferential pulmonary-vein ablation for chronic atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2006;354:934-41.

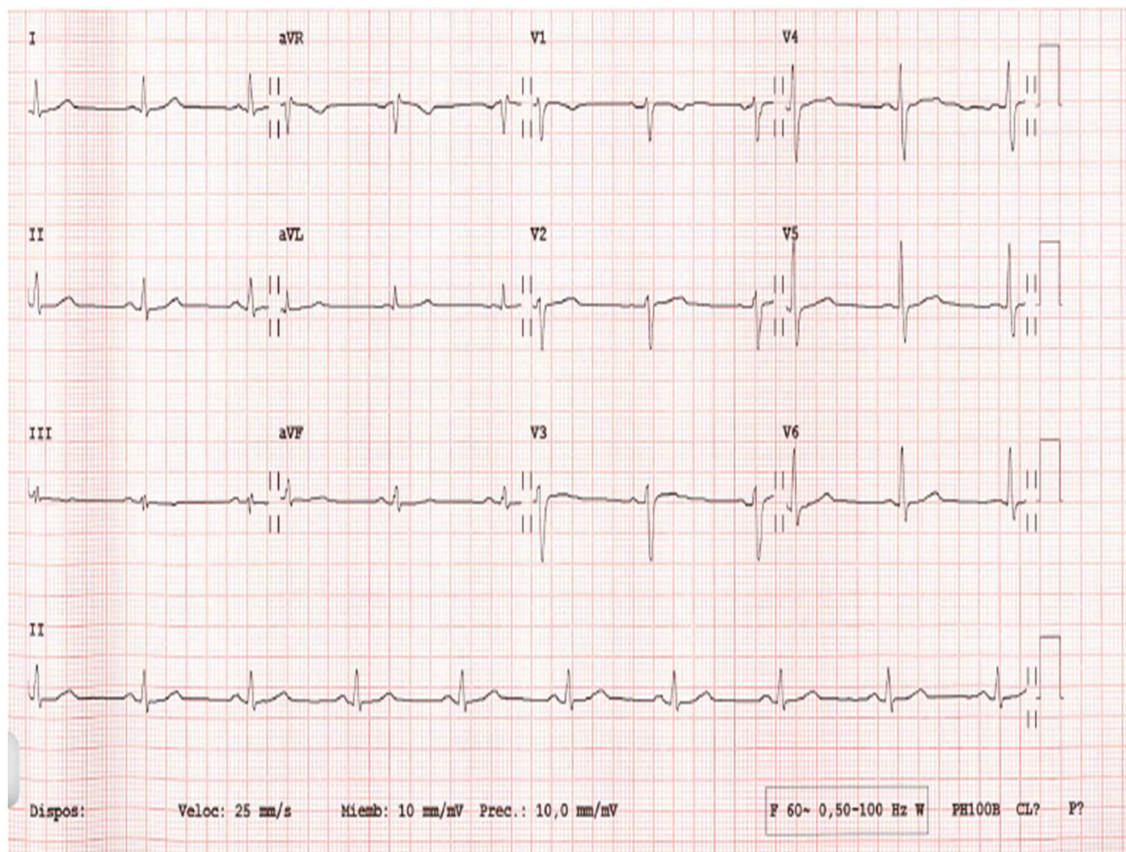


Figura 1: Electrocardiograma.

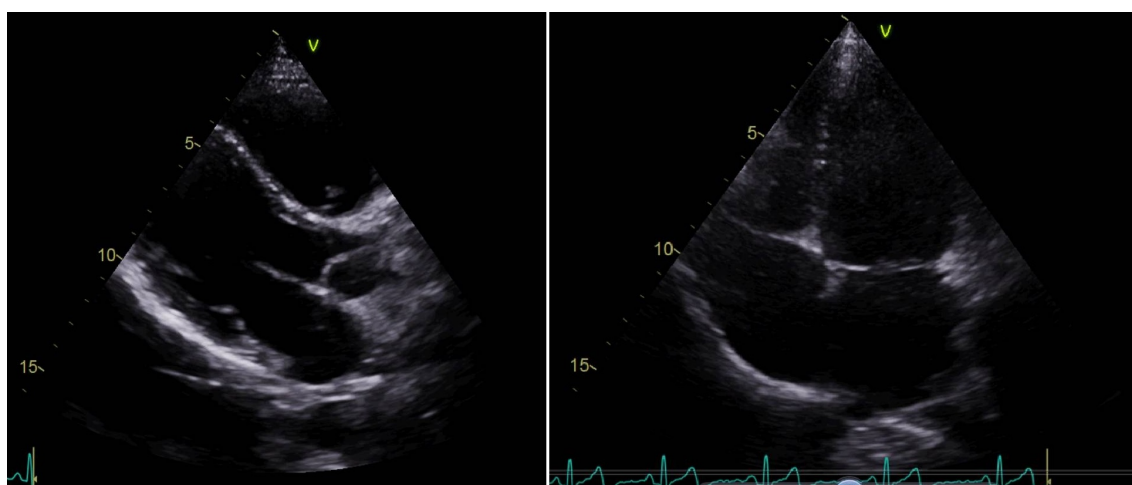


Figura 2: Ecocardiograma transtorácico.