

¿LA RECURRENCIA TEMPRANA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR IMPORTA? ¿FRÍO O CALOR?

DOES EARLY RECURRENCE OF ATRIAL FIBRILLATION MATTER? COLD OR HOT?

REVISTA CONAREC 2018;33(144):77-78 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente¹, y puede deteriorar la calidad de vida, incrementar la morbimortalidad y acarrear un riesgo significativo de embolias, en la mayoría de los casos cerebrales²⁻⁴, tal como nos introducen los autores en el trabajo original publicado en este número llamado "La recurrencia temprana y el éxito a un año del aislamiento de venas pulmonares con criobalón en fibrilación auricular paroxística" realizado por Galizia et al.

El aislamiento de las venas pulmonares (AVP) y la desconexión del músculo auricular izquierdo de la actividad arritmogénica de estas son la piedra angular del tratamiento definitivo y curativo en pacientes con fibrilación auricular paroxística recurrente y sintomática refractaria a tratamiento antiarrítmico⁵. La lesión producida por frío con catéter-balón preserva la arquitectura tisular, disminuye la formación de trombos y el riesgo de estenosis venosa pulmonar, y ha demostrado una eficacia y seguridad comparable con la radiofrecuencia^{6,7}. En pacientes con fibrilación auricular paroxística, el aislamiento de las venas pulmonares consigue mantener el ritmo sinusal en tasas que oscilan entre el 60 y el 85%⁸.

Los autores del trabajo mencionado remarcan la elevada tasa de eventos de recurrencia temprana (RTe) dentro de los 90 días, también denominado período de *blanking*, que puede llegar al 40% según reporte de estudios si bien su significado clínico es incierto en términos de impacto en la recurrencia tardía (RTa). Es por eso que decidieron evaluar la relación entre la RTe posaislamiento de venas pulmonares y el éxito al año luego de la ablación con criobalón. Se realizó un análisis de 201 pacientes con fibrilación auricular paroxística en quienes se ablacionaron las venas pulmonares con criobalón, y se evaluó la ocurrencia de RTe en el seguimiento de duración mediana de 14 meses.

En cuanto a los resultados de este estudio, a partir del análisis multivariado utilizando de regresión de Cox, la RTe fue un factor de riesgo independiente para la RTa, con un *hazard ratio* (HR)=4,2 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 2,37-7,46); la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue un factor de riesgo en el límite de la significancia estadística, HR=2,61 (IC95%: 1-6,79).

La RTa varió significativamente según el momento de presentación de la RTe, siendo de 62,5% en los pacientes con última RTe entre 0-45 días pos-AVP y de 88% en aquellos con última RTe entre 46-90 días pos-AVP (p=0,038). Los autores formulan la hipótesis de que esas observaciones avalan la consideración de un período de inflamación en el que los episodios de RTe podrían ser transitorios, poniendo en duda la duración de 90 días. Teniendo en cuenta esto, plantean la necesidad de más estudios y la realización de estos a mayor escala para definir la real duración del mismo.

El estudio concluye que la recurrencia temprana dentro de los primeros 90 días posaislamiento de venas pulmonares y la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asociaron a menor tasa de éxito al año luego de la crioblación con balón en fibrilación auricular paroxística.

La ablación con criobalón de las venas pulmonares en la fibrilación auricular paroxística es una técnica segura y efectiva con altas tasas de eficacia a corto y mediano plazo. La tasa de complicaciones es relativamente baja, dentro de las cuales resulta significativa la parálisis del nervio frénico (la mayoría de las veces transitorias). Los beneficios de esta técnica van a depender de la experiencia del operador y del desarrollo evolutivo del catéter⁹.

Al ser un procedimiento en franco desarrollo e investigación, el tiempo determinará su posición frente a la ablación por radiofrecuencia. De ahí surge la cuestión: ¿Frío o calor? La respuesta no debiera tardar en llegar.

FRANCO FACCIUTO, LEONARDO A. PILÓN, JULIETA STORLINI, FRANCO L. MARINO, DANIELA F. CHILABERT

Médicos Residentes de Cardiología Clínica. Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR). Rosario, Santa Fe, Argentina

Correspondencia: Dra. Daniela F. Chilabert. Oroño 450. Rosario, Santa Fe. Email: daniela_chilabert@hotmail.com.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camm AJ, Obel OA. Epidemiology and mechanism of atrial fibrillation and atrial flutter. *Am J Cardiol* 1996;78(8):3-11.
2. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation* 1998;98(10):946-52.
3. Reinhold T, Willich SN, Brüggjenjürgen B. The costs of atrial fibrillation in patients with cardiovascular comorbidities—a longitudinal analysis of German health insurance data. *Europace* 2011;13(9):1275-80.
4. Wolf PA, Mitchell JB, Baker CS, Kannel WB, D'Agostino RB. Impact of atrial fibrillation on mortality, stroke, and medical costs. *Arch Intern Med* 1998;158(3):229-34.
5. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;37(38):2893-2962
6. Kuck K, Brugada J, Fürnkranz A, Metzner A, Ouyang F, Chun K et al. Cryoballoon or Radiofrequency ablation for paroxysmal atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2016;374(23):2235-2245.
7. Kuck KH, Brugada J, Fürnkranz A, Metzner A, Ouyang F, Chun J, et al. Cryoballoon or Radiofrequency Ablation for Paroxysmal Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2016;374(23):2235-45.
8. Parkash R, Tang ASL, Sapp JL, Wells G. Approach to the catheter ablation technique of paroxysmal and persistent atrial fibrillation: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Cardiovasc Electrophysiol* 2011;22(7):729-38.
9. Andrade JG, Dubuc M, Guerra PG, Macle L, Rivard L, Roy D, et al. Cryoballoon Ablation for Atrial Fibrillation. *Indian Pacing Electrophysiol J* 2012;12(2):39-53.