

No darse por vencido ni aun vencido: la lucha contra la fibrilación auricular recién comienza

MARCELO HELGUERA

El trabajo de Machain y colaboradores (1) es un aporte importante a la cirugía cardiovascular y a la electrofisiología de nuestro medio, ya que el procedimiento puede tener una amplia aplicabilidad clínica en pacientes con fibrilación auricular y valvulopatías quirúrgicas. Antes de analizar el trabajo se debería felicitar al grupo de cirujanos y cardiólogos intervinientes por ser pioneros en este tipo de técnica tan innovadora en nuestro medio.

El artículo describe a un grupo de pacientes con fibrilación auricular crónica y valvulopatía mitral sometidos a cirugía de reemplazo o plástica de reconstrucción valvular, en los que se realizó una cirugía combinada con incisiones y resección de la orejuela izquierda, y a su vez se efectuó la crioablación de la aurícula izquierda. La técnica fue descrita previamente por Sueda y colaboradores. (2) Los pacientes fueron evaluados por recurrencias de fibrilación auricular y la recuperación de la actividad mecánica auricular se determinó con eco Doppler.

Este trabajo se debería considerar un informe preliminar para evaluar únicamente la *seguridad* y la factibilidad del procedimiento más que para sacar conclusiones sobre su *eficacia*, ya que resulta difícil sacar conclusiones sobre eficacia con sólo 7 pacientes. Incluso en un estudio aleatorizado (aunque este estudio no lo fue) se necesita la determinación del número de la muestra de acuerdo con la incidencia del evento y la estimación de la eficacia de la intervención para poder demostrar resultados concluyentes. También se debe tener en cuenta la curva de aprendizaje necesaria para aprender y refinar cualquier técnica, lo que puede influir para que los resultados iniciales no sean los esperables.

El estudio demostró que este tipo de intervención prolonga significativamente el tiempo de clampeo aórtico y de circulación extracorpórea (cosa no sorprendente), aunque sin modificar el tiempo de internación total, en áreas de cuidados intensivos y, lo más importante, sin aumentar las complicaciones intraquirúrgicas y posquirúrgicas. Este hallazgo es alentador y estimulante para continuar la práctica de esta técnica.

En un porcentaje elevado, los pacientes presenta-

ron recurrencias de la arritmia en el posoperatorio inmediato (85%). Este hallazgo negativo lamentablemente no se correlacionó con la permanencia en ritmo sinusal en el seguimiento alejado, que fue del 71%, aunque en general con la ayuda de drogas antiarrítmicas. La duda que persiste es cuánto influyó en la mantención del ritmo sinusal el reemplazo valvular, con la consiguiente mejoría hemodinámica, *versus* la compartimentalización realizada. La comparación con el "grupo control" (con un 20% de ritmo sinusal en el seguimiento alejado) es poco válida, ya que en este grupo no se adoptó una conducta agresiva en la restauración del ritmo sinusal al salir de bomba (sólo el 50% salió con ritmo sinusal), y en caso de recurrencia durante el posoperatorio. Un estudio prospectivo (tal vez también aleatorizado) con conductas similares en lo que respecta al uso de drogas antiarrítmicas y de técnicas eléctricas para restaurar y mantener el ritmo sinusal podría aclarar este punto.

Aparentemente, la aurícula izquierda no recuperó tan marcadamente, ni tan rápido, la función mecánica como la aurícula derecha. Dentro de las hipótesis enumeradas en la discusión del artículo para explicar ese hallazgo se debería incluir el daño quirúrgico recibido por la aurícula izquierda con la crioablación, la resección de la orejuela y la incisión en la pared lateral. Ese traumatismo sin duda perjudica el retorno de la funcionalidad del tejido auricular aunque, por muy pequeña que sea, la recuperación funcional siempre será mejor (y menos trombogénica) que si permanece en fibrilación auricular.

La técnica descrita, al igual que la de la operación de *maze* desarrollada por James Cox, tendrá múltiples modificaciones y se irá perfeccionando con el aprendizaje de los nuevos mecanismos que perpetúan la fibrilación auricular. En este contexto, y con el conocimiento del éxito en eliminar la fibrilación auricular con la ablación por radiofrecuencia de focos ectópicos localizados en los orificios de las venas pulmonares, (3) uno se pregunta si cabría una pequeña modificación a la técnica descrita. El aislamiento de las venas pulmonares por medio de crioablación (o radiofrecuencia), en lugar de la inci-

sión en la pared posterior de la aurícula izquierda englobando a todas las venas pulmonares, podría tener el mismo efecto aunque preservando aún más la funcionalidad auricular. En el mismo contexto, siendo la orejuela izquierda una de las estructuras más trombogénicas en pacientes con fibrilación auricular, en lugar de su extirpación quirúrgica, se puede obturar la boca de la orejuela con un dispositivo similar al utilizado para el cierre percutáneo de las comunicaciones interauriculares. Todo procedimiento que tienda a preservar el músculo auricular se debería traducir en una mejoría en la actividad mecánica auricular (que debe ser el objetivo primordial de cualquier técnica destinada a mantener el ritmo sinusal). Al igual que durante el infarto de miocardio, en el que lo más importante es la preservación del músculo cardíaco, puede llegar el día en que también pensemos en preservar el miocardio auricular como un componente esencial para evitar la

fibrilación auricular.

La lucha contra la fibrilación auricular, tanto solitaria como secundaria a cardiopatías, demandará del ingenio y la mentalidad innovadora de los médicos, y del desarrollo de nuevas técnicas y tecnología. El trabajo de Machain y colaboradores es una muestra de ello.

BIBLIOGRAFIA

1. Machain A, Glenny P, Sansalone R y col. Compartimentalización de la aurícula izquierda como tratamiento de la fibrilación auricular crónica asociada con valvulopatía mitral. *Rev Argent Cardiol* 2000; 68: 371-377.
2. Sueda T, Nagata H, Orihashi K y col. Efficacy of a simple left atrial procedure for chronic atrial fibrillation in mitral valve operations. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 1070-1075.
3. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC y col. Electrophysiological end point for catheter ablation of atrial fibrillation initiated from multiple pulmonary venous foci. *Circulation* 2000; 101: 1409-1417.