

Fibrilación auricular esporádica o paroxística y corazón sano: la industrialización de la prevención y el tratamiento

ALBERTO GINIGER¹

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia extremadamente frecuente, particularmente en su versión paroxística no persistente. Aunque la prevalencia de la FA es de aproximadamente el 0,4% de la población general, se incrementa hasta el 6% en mayores de 80 años. El 12% de ellas se instala en corazón sano. La literatura anglosajona llama a estos episodios *lone atrial fibrillation*: fibrilaciones auriculares aisladas o esporádicas. Estas últimas engloban un gran grupo heterogéneo. Desde las que son absolutamente esporádicas, con la observación de uno o dos episodios a lo largo de la vida, hasta FA en paroxismos cortos, de escasos segundos de duración, a más prolongados, de duración variable, siempre en corazón sano y con autoconversión espontánea a ritmo sinusal. Otro grupo de FA paroxísticas se presenta en pacientes con mayor o menor compromiso cardíaco, persistentes (necesidad de administrar un tratamiento para revertirla) o no.

Incorporando estos grupos, la prevalencia se incrementa hasta un 30%. (1) Y puede ser mayor si se incorporan las salvas relativamente cortas, de pocos minutos de duración que sólo se identifican en un registro de Holter dado que son prácticamente asintomáticas.

Estos millones de potenciales pacientes han despertado el interés lógico de epidemiólogos, agentes y administradores de salud. Pero también la avidez económica de la industria farmacéutica (antiarrítmicos, anticoagulantes), de métodos de diagnóstico (radiológicos, computarizados de localización intracardíaca) y de tratamiento invasivo (catéteres, fuentes diversas de radiofrecuencia, crioablación, microondas, aislamiento de la orejuela auricular izquierda transcáteter, marcapasos sofisticados, desfibriladores auriculares), hasta elementos quirúrgicos apropiados. El bombardeo de información que recibe el médico es tan fantástico que es difícil para él discernir cuándo aplicar o no determinada técnica. Lo que es peor, cada vez aparece más “medicalizada” la conducta, cuando la enorme mayoría de estos pacientes no requieren tratamiento farmacológico y menos aún invasivo.

Cuando participan diversos intereses, se generan grandes estudios multicéntricos capaces de justificar cada conducta. En los últimos años aparecieron estudios multicéntricos importantes que sugieren que no todas las fibrilaciones auriculares deben revertirse

(AFFIRM), (2, 3) sino que es suficiente con controlar su respuesta ventricular. Curiosamente, en forma casi simultánea aparecen fármacos que permiten prevenir el riesgo más importante que genera esta arritmia –la tromboembolia central o periférica– sin necesidad de controlar la coagulación permanentemente (ximela-gatran). (4) La industria lleva a la comunidad médica a asistir atónita a un enfrentamiento entre productores de elementos pro control de la frecuencia (fármacos, anticoagulantes, procedimientos invasivos de ablación del nodo AV, marcapasos) *versus* control del ritmo (otros fármacos, procedimientos invasivos de ablación focal con toda la tecnología de apoyo, también marcapasos).

Es necesario comunicar desde las entidades científicas autorizadas las normas claras de diagnóstico y tratamiento para evitar –lo cual es imposible– la influencia de factores externos en sus decisiones médicas.

El tratamiento en fibrilación auricular se descompone en dos aspectos: reversión y prevención. Indudablemente, la reversión, si no es espontánea, debe realizarse con intervención médica. Pero se debe saber que no toda fibrilación auricular requiere tratamiento específico preventivo. Es difícil hallar estudios multicéntricos que demuestren la necesidad de evitar tratamientos farmacológicos o invasivos en quienes no se justifica su uso. Lógicamente, la industria no los estimula, pero lamentablemente las Sociedades Científicas no los generan.

Los episodios de corta duración, si son asintomáticos y están instalados en ausencia de cardiopatía, tienen escaso valor clínico. Son más frecuentes en personas jóvenes y de mediana edad. Y aunque la incidencia de la FA aislada se reduce con el avance de la edad, el desarrollo de patología cardíaca en individuos mayores puede ser coincidente y no estar relacionado con la arritmia.

Estas fibrilaciones auriculares esporádicas en algunos casos se relacionan con trastornos digestivos (gastritis, reflujo gastroesofágico, patologías biliares funcionales u orgánicas, etc.). Es frecuente su precipitación como episodios de segundos de duración hasta prolongados pero con reversión espontánea, luego de comidas copiosas, de difícil digestión, muchas veces regadas con alcohol. En algunas ocasiones, el exceso de café o mate en circunstancias apropiadas es desencadenante de algún episodio.

¹ Jefe de Electrofisiología y Arritmias - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires - e-mail: giniger@fibertel.com.ar

Otros casos se precipitan en relación con trastornos respiratorios, aunque en estos casos el aleteo auricular es más frecuente y a veces torna rápidamente a fibrilación auricular.

Estos episodios de fibrilaciones auriculares aisladas gatilladas por estímulos extracardíacos suelen ser de origen reflejo o neurogénico, originados en un exceso de tono vagal o simpático. (5)

Los episodios de origen vagal suelen manifestarse más durante la noche, particularmente luego de la "marea alcalina" secundaria a una cena copiosa. En general se trata de longilíneos. Son más frecuentes en hombres (4 a 1 respecto de las mujeres), de edad mediana (comienza entre los 40 y los 50 años con un rango de entre 25 y 60). Raramente la FA se hace persistente, se desencadena durante la noche y dado que se presenta en bradicárdicos, los β -bloqueantes suelen estar contraindicados. Muy pocos casos se registran durante la mañana. El ejercicio o el estrés emocional no gatillan la arritmia. Por el contrario, con la sensación de que comienza la FA (extrasístoles auriculares frecuentes en salvas) algunos pacientes pueden prevenirla con ciertos ejercicios. Estas arritmias pueden generarse con la administración de ATP y hemos conocido casos en que se precipitó mediante la compresión del seno carotídeo o la administración de simpaticomiméticos con la consecuente repercusión vagal. Los registros de Holter muestran el comienzo de la FA luego de pausas ligeramente prolongadas por arritmia sinusal respiratoria fásica característicamente exagerada en los vagotónicos, o posterior a extrasístoles auriculares. Como consecuencia, el acortamiento del período refractario auricular suele ser la génesis de la FA. Lógicamente, la digital está contraindicada porque provoca una respuesta similar. Estos episodios pueden controlarse con cambios de hábitos o variando los horarios de comidas y su volumen, particularmente la cena.

Las FA de origen adrenérgico son menos frecuentes y no suelen precipitarse de noche, sino en relación con una situación de estrés. En general se producen por la mañana o con el ejercicio. Comienzan con episodios de taquicardia y se acompañan de poliuria. Como los episodios de origen vagal, en general revierten espontáneamente y muchas veces son asintomáticas. En estos casos, dosis bajas de β -bloqueantes suelen ser muy útiles.

Existe una enorme gama de otras causas precipitantes de FA aislada, que ingresan en la realidad o en la fantasía de los pacientes que consultan por estos episodios. Se informa que las hipoglucemias, las hipopotasemias y las hipocalcémias de diversas causas, y por supuesto también el uso de diversos fármacos, son precipitantes. Estas FA aisladas se previenen con la resolución de las causas predisponentes y sólo una anamnesis exhaustiva permite conocer los mecanismos.

Otras FA paroxísticas presentan causas predisponentes, como alteraciones tiroideas, predisposición

familiar, genética o alteraciones de la microestructura auricular que en general terminan siendo permanentes pero que inicialmente comienzan como episodios aislados cortos autolimitados.

La FA aislada revierte espontáneamente. También acá los pacientes refieren las conductas y las maniobras más inverosímiles para revertirlas: en unos casos algún ejercicio; hay quienes las revierten con una ducha luego de una FA precipitada durante la noche y también con comidas diversas, particularmente ensaladas crudas, limón, etcétera. (6)

Cuando la calidad de vida no está perturbada y los episodios son cortos y/o asintomáticos, no se justifica tratarlos. De hecho, la toma de rutina de antiarrítmicos y en particular los dicumarínicos con su necesario control periódico perturban significativamente la calidad de vida y ésta es una de las causas por las que el uso de anticoagulantes es tan bajo en pacientes fibrilados.

En el caso de las FA aisladas comentadas aquí, la tasa de riesgo de tromboembolia es muy baja, por lo que no se recomienda (clase III) la administración de anticoagulantes y tampoco de aspirina en estos pacientes sin cardiopatía ni factores de riesgo y cuando la duración del episodio es corto. Arbitrariamente se mencionan las 48 horas de duración máxima para decidir el tratamiento anticoagulante, pero estas FA dejan de ser FA paroxísticas aisladas para pasar a ser persistentes.

En conclusión, es necesario hacer hincapié en la buena anamnesis y el examen cuidadoso de estos pacientes para seleccionar cuál debe recibir tratamiento farmacológico y frente al fracaso cómo decidir un tratamiento invasivo. Acudir a las guías de tratamiento establecidas en los diversos consensos es una conducta sana. El médico debe analizar con cuidado las informaciones que actualmente lo hostigan en relación con tratamientos novedosos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levy S, Maarek M, Coumel P, Guize L, Lekieffre J, Medvedowsky JL, et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. The College of French Cardiologists. *Circulation* 1999;99:3028-35.
2. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al. Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
3. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al. Rate Control versus Electrical Cardioversion for Persistent Atrial Fibrillation Study Group. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-40.
4. Petersen P, Grind M, Adler J; SPORTIF II Investigators. Ximelagatran versus warfarin for stroke prevention in patients with nonvalvular atrial fibrillation. SPORTIF II: a dose-guiding, tolerability, and safety study. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:1445-51.
5. Coumel P. Neural aspects of paroxysmal atrial fibrillation. En: Falk RH, Podrid PJ, editors. *Atrial fibrillation: mechanisms and management*. New York: Raven Press; 1992:109-25.
6. <http://www.afibbers.org/homepage.htm>