

Ablación de fibrilación auricular, también en pacientes con disfunción ventricular.

marzo 2018

Elena Sufrate Sorzano

Cardiología

Hospital San Pedro, Logroño.

Artículo Original:

[Catheter Ablation For Atrial Fibrillation with Heart Failure](#)

Autores:

Marrouche N.F., Brachmann J., Andresen D., Siebels J., Boersma L., Jordaens L et al.

N Eng J Med 2018;378:417-27.

[Ver fuente](#)

RESUMEN

Estudio multicéntrico y randomizado en el que se evalúan dos estrategias de manejo de pacientes con disfunción ventricular severa (FEVI <35%) en clase funcional II-IV de la NYHA, con fibrilación auricular paroxística o persistente, randomizados a tratamiento médico óptimo (control de ritmo o de frecuencia) frente a ablación de venas pulmonares. Todos los pacientes eran portadores de un desfibrilador o dispositivo de resincronización, que facilitara la detección de fibrilación auricular. El 85% de los pacientes en ambos grupos fueron varones, un 50-60% con miocardiopatía dilatada no isquémica, 70% con fibrilación auricular persistente y dilatación

moderada-severa de aurícula izquierda.

Los resultados, tras un seguimiento medio de 3 años, objetivaron una reducción significativa del objetivo primario, un compuesto de mortalidad por cualquier causa u hospitalización por insuficiencia cardiaca en la estrategia de ablación (51 pacientes 28.5% vs 82 pacientes, 44.6%, $p:0.0006$).

En una extrapolación de los resultados a 60 meses, se comprobó que los pacientes sometidos a ablación, presentaron una clara disminución de tiempo en ACxFA, mejoría en el test de 6 minutos y en la FEVI.

COMENTARIO:

La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida y la fibrilación auricular, son condiciones que frecuentemente coexisten en los pacientes, si bien, la presencia de esta última, empeora el pronóstico vital del enfermo.

Ante el eterno dilema de control de ritmo frente control de frecuencia en sujetos con insuficiencia cardiaca, el estudio de Roy D. et al¹ estableció que no hay diferencias significativas pronósticas entre ambas estrategias.

El aislamiento de venas pulmonares, comúnmente conocido como ablación de fibrilación auricular, en pacientes sin insuficiencia cardiaca que presentan síntomas recurrentes no controlables con antiarrítmicos, ofrece una alternativa terapéutica eficaz, y en estudios preliminares, también se postula como opción acertada en pacientes con disfunción ventricular².

El estudio CASTLE-AF (Catheter Ablation versus Standard Conventional Therapy in Patients with Left Ventricular Dysfunction and Atrial Fibrillation), es el primero en demostrar una mejoría con la estrategia de ablación en objetivos robustos como la mortalidad o la

hospitalización por IC, si bien el efecto favorable en la mortalidad no aparece hasta los 3 años de seguimiento.

En estudios previos con fármacos antiarrítmicos en IC^{1,3}, a pesar de disminuir el tiempo, en fibrilación auricular, no se objetiva un beneficio en la mortalidad, en cambio, si se reduce los periodos en arritmia mediante ablación con catéter como en el estudio CASTLE-AF (descenso del 25% de tiempo en ACxFA tras intervencionismo), si existen resultados positivos.

Una cuarta parte de los pacientes asignados a ablación de fibrilación auricular, precisaron repetir el procedimiento por recurrencia de ACXFA.

Los resultados del estudio, deben ser interpretados con cautela ya que se trata de un estudio con un tamaño muestral pequeño, criterios de selección muy restrictivos (de 3.000 pacientes inicialmente evaluados, sólo se incluyeron 363), ensayo no-ciego, y con procedimientos realizados por profesionales altamente cualificados (aún así, fue necesario más de una ablación en el 25% de pacientes).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. N Engl J Med 2008; 358:2667-77.

2. Ablation vs. Amiodarone for Treatment of Persistent Atrial Fibrillation in Patients With Congestive Heart Failure and an Implanted Device: Results From the AATAC Multicenter Randomized Trial. Circulation 2016; 133:1637-44.

3. Dofetilide in patients with congestive heart failure and left ventricular dysfunction. N Engl J Med 1999; 341:857-65.