

Opinión de experto

Título: Ablación de la Fibrilación Auricular: ¿Curación a largo plazo o tratamiento paliativo? ⁽¹⁾

Experto: Jonathan S. Steinberg, M.D., F.A.C.C.

Ablación de Fibrilación Auricular: Situación actual.

La ablación con catéter de la Fibrilación Auricular (FA) es una alternativa valiosa al tratamiento médico, cuando el manejo inicial no es exitoso. La piedra angular de la ablación es el aislamiento de las venas pulmonares (VP). La recurrencia temprana (dentro de los 3 meses) es común y usualmente cede. Las tasas de respuesta a un año están en el rango de 60 a 80 %, aunque algunos pacientes requieren un segundo procedimiento para obtener resultados óptimos.

La curación se define habitualmente como “restauración de la salud” y se considera como el alivio permanente de una enfermedad. En el mundo de la ablación esto puede ser representado por la ablación de una taquicardia supraventricular (por ejemplo reentrada nodal AV o síndrome de Wolff-Parkinson-White), que en casi todos los pacientes es curativo y no tiene probabilidades de desarrollar arritmias en el largo plazo. Por otro lado la paliación se define como la reducción en la severidad de las manifestaciones de una enfermedad. Un ejemplo de paliación en el mundo de la ablación puede ser el tratamiento de frecuentes eventos de taquicardia ventricular en pacientes con miocardiopatía que ya tienen un cardiodesfibrilador implantable. Estos pacientes pueden tener una mejoría dramática en la frecuencia de taquicardia ventricular, pero siguen en riesgo para taquicardia ventricular y muerte súbita.

Algunos de los desafíos únicos para evaluar la respuesta luego de la ablación de FA incluyen los siguientes:

- Los síntomas recurrentes pueden no ser debidos a FA, sino a extrasistolia y otras arritmias auriculares (p. ej. Flutter).
- Los episodios de FA pueden ser asintomáticos.
- El monitoreo ECG prolongado es crucial pero difícil.
- El seguimiento debe continuar bien alejado de la intervención.

¿Por qué la ablación de FA es diferente de otras ablaciones? La FA tiene un mecanismo mucho más complejo que otras arritmias sometidas a ablación y pueden estar en juego muchos mecanismos -simultáneamente- en patrones impredecibles o secuenciales en el tiempo. El procedimiento de ablación puede estar dirigido a uno o más mecanismos, pero no necesariamente a todas las causas potenciales. Durante el procedimiento de ablación puede ser difícil o imposible identificar todas las causas relevantes para el paciente individual o confirmar confiablemente el éxito. Finalmente la propensión para la FA puede progresar aún después de la ablación.

Recientemente publicamos los datos del seguimiento a largo plazo en cerca de 300 pacientes que tuvieron una ablación completamente exitosa y estuvieron libres de FA (por síntomas y monitoreo repetido) por al menos un año. En otras palabras, estos pacientes podrían considerarse “curados” en otro contexto. Encontramos que globalmente, casi el 9 % tenían recurrencias documentadas de FA a lo largo de varios años de seguimiento. Los patrones de recurrencia fueron variables, e incluyeron un episodio aislado o patrones más problemáticos que fueron recurrentes o persistentes y requirieron tratamiento. Datos actuariales presentan un panorama todavía más inquietante: 5 años post-ablación las recurrencias fueron aproximadamente 25 % (Slide 1). Esto significa que todavía la amplia mayoría de respondedores iniciales continúan respondiendo, pero una importante minoría tiene recurrencias clínicamente relevantes. Dado que algunos pacientes pueden enfrentar riesgo de stroke, esta observación tiene importantes implicancias de manejo clínico.

¿Cual es nuestra comprensión de los mecanismos de estas recurrencias muy tardías de FA? Estos mecanismos pueden ser uno o más de los siguientes: recuperación de sitios gatillo en VP previamente ablacionadas; desarrollo de sitios gatillo proximales a una zona ablacionada; aparición de sitios gatillo fuera de las VP; rol crítico o progresión del sustrato; y circuitos fuera de las VP que son focales, fijos, múltiples o macrorreentrantes.

Es interesante que los pacientes que retornan para ablación al laboratorio, muchos años después de una ablación inicial exitosa, todos tienen recuperación de la conducción entre el atrio izquierdo y por lo menos una VP. Todos los pacientes reciben una estrategia de reaislamiento por ablación, incluyendo alguna VP inicialmente

no tratada (usualmente la inferior derecha); además alrededor de un tercio de los pacientes también necesitan ablaciones lineales del atrio izquierdo apuntando al sustrato. Otros investigadores han hecho observaciones similares, a veces también destacando la importancia de sitios gatillo fuera de las VP. La estrategia ideal de re-ablación en estos pacientes con recurrencia muy tardía es incierta, pero en muchos puede tratarse solo de un "retoque" para restaurar la respuesta clínica.

Nuestros datos también sugieren que la condición cardiovascular subyacente (por ejemplo hipertensión e hiperlipidemia) ponen a los pacientes en un riesgo significativamente mayor de recurrencia (Slide 2). Estos hallazgos sugieren estrategias adicionales para mejorar el pronóstico, incluyendo:

- Tratar agresivamente condiciones cardiovasculares asociadas (Obesidad, hipertensión, hiperlipidemia, cardiomiopatía, apnea del sueño, etc.).
- La utilización de IECA/ARA II, estatinas y aceites de pescado se sugiere, aunque no está probado, que mejora la evolución de la FA; en muchos pacientes estas son terapias razonables para una variedad de indicaciones clínicas.
- Es crucial ensayar modificaciones a las tácticas de ablación para obtener resultados más duraderos, especialmente el aislamiento permanente de las VP, sin sacrificar la seguridad del procedimiento. Un set de lesiones adicionales debe ser rigurosamente diseñado y evaluado.

¿Qué otras implicancias clínicas podemos derivar de estas observaciones? Los pacientes con mayor riesgo de stroke (índice CHADS2 de 2 o más) deben mantenerse con warfarina crónicamente, aunque no tengan FA documentada, durante el seguimiento posterior al procedimiento inicial. Esto está en consonancia con las guidelines actuales. Todos los pacientes deben ser alertados de que el pronóstico alejado es incierto y deben continuar bajo seguimiento médico especializado. También puede ser prudente utilizar monitoreo ambulatorio prolongado en algunos o en la mayoría de los pacientes. De cualquier modo el pronóstico global es muy bueno y la vasta mayoría de los pacientes mejoran dramáticamente su calidad de vida.

Deben crearse registros prospectivos de largo plazo para seguir la evolución, comparar estrategias intervencionistas (por ejemplo número y tipo de ablaciones), desarrollar perfiles de riesgo y evaluar patrones de síntomas y esquemas de tratamiento. Es crucial obtener datos de endpoints duros, incluyendo arritmia, stroke y tasa de mortalidad. Se esperan con ansiedad ensayos clínicos randomizados de tratamiento médico versus ablación, los que deberán evaluar también la evolución a largo plazo. Estamos comprometidos con un registro (Slide 3) prospectivo que esperamos pueda echar luz sobre el pronóstico y estrategias de manejo después de la ablación de FA con catéter.

Referencias:

- 1.- Shah AN et al, J Cardiovasc Electrophys 2008; 19:661-667
- 2.- Calkins H et al, Heart Rhythm 2007; 4:816-861

(1) Tomado y traducido de Cardiosource.com