

Cirugía concomitante de la fibrilación auricular en el paciente sometido a cirugía mitral

Joao Melo

Hospital de Santa Cruz. Linda-a-Velha. Portugal.

La posibilidad de utilizar la cirugía como método para tratar la fibrilación auricular se conoce desde hace más de 10 años. La compartimentalización de las aurículas, destinada a reducir la superficie de tejido auricular y, con ello, evitar la posible coexistencia de varios frentes simultáneos de activación, fue propuesta por Cox en el año 1991 y se conoce como la técnica del laberinto¹. Se trata de una cirugía importante y compleja que requiere tiempos de circulación extracorpórea prolongados y que no está exenta de potenciales complicaciones hemorrágicas. Debido a estas limitaciones, esta técnica no ha llegado a utilizarse de manera rutinaria como procedimiento concomitante durante la cirugía mitral en pacientes con fibrilación auricular. Esto se refleja en las escasas series quirúrgicas de esta técnica publicadas en la última década². En la experiencia del equipo de Cox, en aproximadamente 80 pacientes se asoció la técnica del laberinto a la cirugía mitral y el porcentaje de éxito resultó similar al obtenido en pacientes intervenidos debido a fibrilación auricular solitaria, situado en torno al 99% en cuanto a la obtención del ritmo sinusal se refiere. Sin embargo, la mayoría de las series posteriormente publicadas no han conseguido reproducir estos resultados. La serie más amplia procede de Japón. En pacientes mitrales, el porcentaje de éxito de obtención de ritmo sinusal se sitúa en torno al 76%. Debe destacarse que en su definición de éxito se incluyen la presencia de enfermedad del seno y de fibrilación auricular paroxística. Además, la valoración de la contractilidad auricular no se especifica y la frecuencia de implantación de marcapasos se sitúa en torno al 10%.

Debido a estas limitaciones, la búsqueda de otro tipo de procedimientos que resulten más rápidos y sencillos está plenamente justificada. La utilización de energías alternativas para crear cicatrices en la aurícula es atractiva, porque resulta más rápida y segura que las cicatrices creadas con bisturí convencional. También es deseable la búsqueda de líneas que reduzcan la incidencia de fibrilación auricular con la mínima interferencia posible sobre la función hemodinámica auricular.

El artículo que presentan Hornero et al³ en este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA afronta el problema de la cirugía de la fibrilación auricular en pacientes sometidos a intervención de la válvula mitral. La reducción del volumen auricular durante este tipo de cirugía es importante. Muchos autores, incluyendo nuestro propio grupo, han comunicado la relación entre el volumen de la aurícula izquierda y los resultados de la cirugía de la fibrilación auricular⁴⁻⁶. Los pacientes con aurículas pequeñas son los que más posibilidades tienen de obtener un buen resultado quirúrgico. El grupo de Valencia merece ser felicitado por abordar un tema tan difícil usando un concepto innovador. Los resultados de Hornero et al son muy buenos, pero todavía es demasiado pronto para obtener conclusiones con un grupo de 19 pacientes tratados, como los propios autores comentan en sus conclusiones. Los 2 grupos, aunque sean aleatorizados, necesitan un mayor número de pacientes. Los enfermos incluidos en el grupo I parecen muy heterogéneos. Las desviaciones estándar de la duración de la fibrilación auricular y de los volúmenes de la aurícula izquierda son grandes y diferentes en cada grupo. La cuestión fundamental es conocer los mecanismos por los cuales los pacientes con aurículas grandes tienen un peor pronóstico en la cirugía de la fibrilación auricular. Esto se debe al hecho de que el aumento de la aurícula izquierda crea el sustrato para la perpetuación de la fibrilación auricular o es debido a que en los pacientes que tienen un proceso degenerativo más avanzado se facilita la propagación anisotrópica de la activación eléctrica de la aurícula. La reducción de volumen resulta en una cicatriz lineal que conecta posteriormente las venas pulmonares. Junto con esta cicatriz, en 7 pacientes se llevó a cabo una segunda suturando la orejuela izquierda. Hubiera sido interesante disponer de un estudio de la conducción auricular izquierda en dichos pacientes. Los autores deben ser felicitados por este abordaje, aunque se precise un mayor número de pacientes y un seguimiento más prolongado antes de alcanzar conclusiones definitivas sobre esta prometedora técnica.

El efecto más deseable en el tratamiento de la fibrilación auricular en pacientes mitrales es reducir el

riesgo embólico después de la cirugía. La mayor parte de los trabajos refieren que no han observado acontecimientos embólicos. Las series todavía son reducidas y los seguimientos son cortos. Se precisan seguimientos más largos y mayor información científica hasta que se puedan obtener conclusiones definitivas. Si la reducción del volumen prueba ser una medida necesaria para el tratamiento de la fibrilación auricular, será necesario continuar investigando para conocer cuándo y cuánto se debe actuar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cox JL. The surgical treatment of atrial fibrillation. IV. Surgical technique. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 101: 584-592.
2. Graffigna A, Francesco P, Minzioni G, Salerno J, Viganò M. Left atrial isolation with mitral valve operations. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 1093-1098.
3. Hornero Sos F, Atienza Fernández F, Montero Argudo JA, Gil Albarova O, García Fuster R, Payá Serrano R et al. Auriclectomía parcial izquierda en el tratamiento de la fibrilación auricular por valvulopatía mitral. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 703-708.
4. Melo J, Neves J, Adragão P, Ribeiras R, Ferreira MM, Bruges L et al. When and how to report results of surgery on atrial fibrillation. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 12: 739-744.
5. Melo J, Adragão P, Neves J, Ferreira MM, Pinto MM, Rebocho MJ et al. Surgery for atrial fibrillation using radiofrequency catheter ablation: assessment of results at one year. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999; 15: 851-854.
6. Melo J, Adragão P, Neves J, Ferreira M, Timoteo A, Santiago T et al. Endocardial and epicardial radiofrequency ablation in the treatment of atrial fibrillation with a new intra-operative device. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 18: 182-186.