

Ablación de fibrilación auricular familiar. Buena evolución a largo plazo

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un paciente de 39 años sin factores de riesgo cardiovascular, con historia de aleteo y fibrilación auricular paroxísticas desde hace 6 años documentados en electrocardiograma y Holter. Refería episodios diarios de palpitaciones rápidas e irregulares. No presentaba alteración estructural miocárdica en la radiografía y el ecocardiograma. Con antecedentes familiares de fibrilación auricular desde edades tempranas (abuela, padre, hermano y al menos 2 tíos) (fig. 1). Todos habían sido diagnosticados de fibrilación auricular «aislada». Nuestro paciente había sido tratado sin éxito con diltiazem, flecaïnida y propafenona. En el estudio electrofisiológico se apreciaba un aleteo auricular típico. Se realizó ablación con radiofrecuencia y éste fue interrumpido con bloqueo bidireccional del istmo. Se dejó tratamiento con flecaïnida en dosis de 100 mg/12 h. En el seguimiento se objetivan múltiples episodios de fibrilación auricular paroxística. Se indica ablación de venas pulmonares. Se inicia el procedimiento en ritmo sinusal. Se introducen 2 electrocatéteres por la vena femoral derecha y 1 por la subclavia. Se realiza un doble cateterismo transeptal, sin incidencias. Se utilizó catéter de ablación Mariner 4 mm (Medtronic) y catéter Lasso (Cordis) para el registro de los potenciales en las venas pulmonares. Se realiza aislamiento de las 4 venas pulmonares (Energía 50 W, 65 °C) y ablación del istmo izquierdo, aunque sólo se identificaron potenciales anormales en la vena pulmonar superior izquierda. Después de

30 meses de seguimiento postablación, sin tratamiento antiarrítmico, no ha tenido nuevos episodios de palpitaciones y el Holter resultó normal.

La ablación de la fibrilación auricular ofrece una posibilidad terapéutica real y efectiva en muchos pacientes con episodios muy frecuentes y refractarios a tratamientos antiarrítmicos¹⁻³. La fibrilación auricular familiar es una enfermedad genética heterogénea, en permanente investigación^{4,5}. Hasta ahora, el tratamiento de estos pacientes ofrecía pocas expectativas. Se describe el historial de un paciente con fibrilación auricular con posible patrón hereditario autosómico dominante o ambos progenitores con anomalía genética recesiva. La penetrancia es aparentemente alta. En ningún caso presentaban cardiopatía asociada ni de factores precipitantes. Brugada et al⁴ han descrito a varias familias con fibrilación auricular y han identificado en el cromosoma 10 el gen causante, aunque se reconoce que probablemente haya múltiples alteraciones genéticas causantes⁴. En una proporción de pacientes con fibrilación auricular no logramos identificar la cardiopatía ni su causa. Muchos de ellos pueden tener una alteración genética, bien heredada o *de novo*. La ablación con catéter de la fibrilación auricular se está consolidando como una técnica efectiva en el tratamiento de pacientes refractarios⁶. La selección del paciente y de la técnica apropiada en cada caso están aún por definir, al igual que su eficacia en casos familiares. El aislamiento del ostio de las venas pulmonares permite eliminar la actividad arritmogénica que desencadena o perpetúa la arritmia sin eliminar otros posibles focos. En nuestro paciente sólo identificamos potenciales anormales en la vena pulmonar superior izquierda aunque, dadas las características del caso, decidimos realizar aislamiento de todas ellas y una línea adicional para el bloqueo del istmo izquierdo (entre vena pulmonar inferior izquierda y anillo mitral).

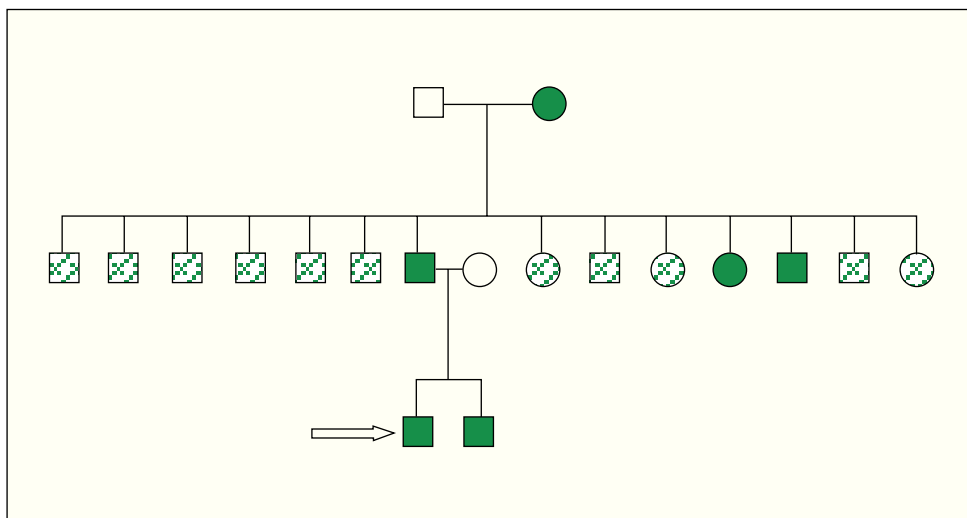


Fig. 1. Árbol genealógico del paciente (señalado con una flecha). Cuadrado: varón; círculo: mujer; relleno: paciente con fibrilación auricular; vacío: asintomático y sin fibrilación auricular documentada; rayas diagonales: incierto.

En conclusión, la ablación con catéter de la fibrilación auricular es una técnica segura y efectiva que también puede indicarse en pacientes con fibrilación auricular familiar con buenos resultados.

Antonio Hernández Madrid,
Gerardo Moreno y Concepción Moro

Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias.
Hospital Ramón y Cajal. Departamento de Medicina.
Universidad de Alcalá. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med.* 1998; 339:659-66.
2. Silva RM, Mont L, Berruezo A, Fosch X, Wayar L, Alvarenga N, et al. Ablación con radiofrecuencia en el tratamiento de la fibrilación auricular focal usando mapeo circunferencial y desconexión segmentaria de las venas pulmonares. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56: 361-7.
3. Villacastín JP. Ablación percutánea de la fibrilación auricular: Buenas perspectivas. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:331-2.
4. Brugada R, Tapscott T, Czernuszewicz GZ, Marian AJ, Iglesias A, Mont L, et al. Identification of a genetic locus for familial atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 1997;336:905-11.
5. Darbar D, Herron KJ, Ballew JD, Jahangir A, Gersh BJ, Shen WK, et al. Familial atrial fibrillation is a genetically heterogeneous disorder. *J Am Coll Cardiol.* 2003;41:2185-92.
6. Pappone C, Rosanio S, Oreto G, Tocchi M, Gugliotta F, Vicedomini G, et al. Circumferential radiofrequency ablation of pulmonary vein ostia: a new anatomic approach for curing atrial fibrillation. *Circulation.* 2000;102:2619-28.