

hemorrágicos. Y todo ello, sin entrar a valorar el balance coste-eficacia económico, sobre todo si la anticoagulación se realiza con los nuevos anticoagulantes orales.

Sobre las recomendaciones sobre dronedarona, si bien la guía no recomendaba explícitamente su uso en pacientes con FA permanente, sí lo consideraba razonable para el control de la frecuencia a largo plazo (IIA, nivel de evidencia B), lo que podía llevar a confusión. La publicación del estudio PALLAS³ y las recientes recomendaciones de las agencias de medicamentos, recogidas en nuestro artículo¹, han resuelto estos interrogantes y han clarificado, al menos de momento, el papel de dronedarona en la FA, al confirmar que la preponderancia que la guía otorgó a este fármaco en su momento fue precipitada y sin precedentes en la historia de las guías de la ESC.

Manuel Anguita* y Fernando Worner

Coordinadores del Grupo de Trabajo sobre Guías de Fibrilación Auricular, Comité de Guías de Práctica Clínica, Sociedad Española de Cardiología, Madrid, España

Test de ajmalina y guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la ESC

Ajmaline Test and ESC 2010 Clinical Practice Guidelines on Atrial Fibrillation

Sra. Editora:

Leemos con gran interés el editorial de su Revista «Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología»¹. En el citado editorial se debaten aspectos controvertidos sobre la presente guía, entre los que obviamente destacan los nuevos criterios y escalas de riesgo embólico y hemorrágico, con sus correspondientes recomendaciones terapéuticas, así como reflexiones sobre las estrategias de control de ritmo o frecuencia^{2,3}. Sin embargo, tanto en dicho documento como en su consiguiente análisis crítico, se echa en falta mención alguna al test de ajmalina o flecainida para desenmascarar síndrome de Brugada (SB).

Esta asociación entre SB y fibrilación auricular (FA) es conocida y representa un problema añadido en el manejo de pacientes con FA⁴. En nuestro centro, de 613 pacientes con SB, 35 presentaron FA como primera manifestación clínica (en prensa). De ellos, en 11 se desenmascaró tras iniciar tratamiento con antiarrítmicos del grupo IC, y 2 de ellos acudieron con un evento arrítmico agudo. El primero presentó una muerte súbita reanimada 1 mes después de comenzar la toma de propafenona. El segundo caso es una mujer de 22 años que acudió al servicio de urgencias por crisis de fibrilación y flutter auricular. De acuerdo con las guías, se inició tratamiento con flecainida. Minutos después de administrarla, la paciente sufrió un patrón de Brugada tipo 1 y posterior degeneración en fibrilación ventricular⁵.

Estos no son casos anecdóticos, sino que han sido comunicados en numerosas ocasiones en la literatura. Pappone et al⁶ analizaron la presencia de SB latente tras la administración de fármacos tipo IC en individuos que acudieron al servicio de urgencias con FA de nueva aparición, 11 de un total de 356; 3 de ellos presentaron taquicardia ventricular/fibrilación ventricular en el seguimiento. Junttila et al⁷, revisaron a los individuos en que apareció patrón electrocardiográfico típico de Brugada ante diversos inductores

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: manuelp.anguita.sspa@juntadeandalucia.es (M. Anguita).

On-line el 18 de febrero de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7-13.
2. Ruiz-Ortiz M, Romo E, Mesa D, Delgado M, López-Ibáñez C, Suárez de Lezo J. Efectividad de la anticoagulación oral en la fibrilación auricular no valvular según el score CHA2DS2-VASc en pacientes con riesgo embólico bajo-intermedio. Rev Esp Cardiol. 2012;65:383-4.
3. Connolly SJ, Camm AJ, Halperin JL, Joyner C, Alings M, Amerena J, et al.; en representación de PALLAS Investigators. Dronedarone in high-risk permanent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365:2268-76.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: [10.1016/j.recesp.2011.12.007](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.12.007)

doi:10.1016/j.recesp.2012.01.002

(fiebre, propofol, etc.). De los 9 pacientes en que se desenmascaró con bloqueadores de los canales de sodio, 1 sufrió muerte súbita cardíaca y otro, taquicardia ventricular.

Por lo tanto, creemos que dicho test es una herramienta primordial que se debe tener en cuenta para pacientes jóvenes con FA «solitaria» y, por ende, síncope previos y/o historia familiar de muerte súbita, a pesar de la presencia de un electrocardiograma basal normal pues, como es sabido, este puede sufrir cambios dinámicos en el tiempo. Si bien es cierto que el SB se presenta en un pequeño porcentaje del total de pacientes con FA, debido al manejo particular de esta población (con la obligada prohibición de determinados fármacos⁸, entre los que se encuentran los bloqueadores de los canales de sodio, tan extendidos en pacientes con FA), su identificación es imperativa.

Por ello abogamos por una mención especial en las recomendaciones actuales para lograr su consiguiente aplicación en la práctica clínica diaria y evitar situaciones potencialmente letales.

Moisés Rodríguez-Mañero*, Andrea Sarkozy, Gian-Battista Chierchia y Pedro Brugada

Heart Rhythm Management Centre, VUB, Bruselas, Bélgica

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mrodrig3@hotmail.com (M. Rodríguez-Mañero).

On-line el xxx

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:7-13.
2. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010;19:2369-429.
3. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular - 2.^a edición corregida 8 de abril de 2011. Esta 2.^a edición incorpora las correcciones que la ESC publicó ahead of print el 5 de abril de 2011. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1483.e1-83.

4. Francis J, Antzelevitch C. Atrial fibrillation and Brugada syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:1149-53.
5. De Asmundis C, Sorgente A, Brugada P. Atrial flutter in normal heart could be first manifestation of Brugada syndrome. *Acta Cardiol.* 2012;67:97-100.
6. Pappone C, Radinovic A, Manguso F, Vicedomini G, Sala S, Sacco FM, et al. New-onset atrial fibrillation as first clinical manifestation of latent Brugada syndrome: prevalence and clinical significance. *Eur Heart J.* 2009;30:2985-92.
7. Junttila MJ, Gonzalez M, Lizotte E, Benito B, Vernooy K, Sarkozy A, et al. Induced Brugada-type electrocardiogram, a sign for imminent malignant arrhythmias. *Circulation.* 2008;117:1890-3.
8. Postema PG, Wolpert C, Amin AS, Probst V, Borggrefe M, Roden DM, et al. Drugs and Brugada syndrome patients: review of the literature, recommendations, and an up-to-date website (www.brugadadrugs.org). *Heart Rhythm.* 2009;9:1335-41.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.10.003

DOI: 10.1016/j.recesp.2012.02.003

doi:10.1016/j.recesp.2012.01.006

Test de ajmalina y guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la ESC. Respuesta

Ajmaline Test and ESC 2010 Clinical Practice Guidelines on Atrial Fibrillation. Response

Sra. Editora:

Hemos leído con interés los comentarios de los autores relacionados con nuestra reciente revisión de la guía de fibrilación auricular (FA) 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)¹, y agradecemos sus aportaciones, que nos parecen muy interesantes. En efecto, diversos artículos, como los señalados en su carta, han descrito casos de síndrome de Brugada en los que el diagnóstico se hizo tras tratamiento con antiarrítmicos del grupo IC (flecainida, propafenona) de episodios de FA. Sin embargo, la proporción de casos desmascarados en estas circunstancias no es demasiado elevada: 11 de 613 pacientes con síndrome de Brugada en la experiencia de los autores (el 1,8% del total de casos con este problema) y 11 (3%) de 356 casos de FA de nueva aparición en el trabajo de Pappone et al². Probablemente es por ello que no se hizo ninguna recomendación sobre este aspecto en las guías de FA de la ESC, y tampoco en nuestro artículo. Sin embargo, estamos de acuerdo con los autores en que el diagnóstico de síndrome de Brugada plantea alternativas específicas de tratamiento, y que el clínico debe estar alerta ante la aparición de los cambios electrocardiográficos típicos cuando

se trata con antiarrítmicos IC a los pacientes con fibrilación auricular.

Manuel Anguita* y Fernando Worner

Coordinadores del Grupo de Trabajo sobre Guías de Fibrilación Auricular, Comité de Guías de Práctica Clínica, Sociedad Española de Cardiología, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: manuelp.anguita.sspa@juntadeandalucia.es (M. Anguita).

On-line el xxx

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez-Villacastín J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:7-13.
2. Pappone C, Radinovic A, Manguso F, Vicedomini G, Sala S, Sacco FM, et al. New onset atrial fibrillation as a first clinical manifestation of latent Brugada syndrome: prevalence and clinical significance. *Eur Heart J.* 2009;30:2985-92.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2012.01.006

doi:10.1016/j.recesp.2012.02.003