

Las lesiones en la aurícula derecha no mejoran la eficacia de una ablación completa de aurícula izquierda en el tratamiento quirúrgico de la fibrilación auricular, pero sí aumentan la morbilidad del procedimiento

Right atrial lesions do not improve the efficacy of a complete left atrial lesion set in the surgical treatment of atrial fibrillation, but they do increase procedural morbidity

Soni LK, Cedola SR, Cogan J, Jiang J, Yang J, Takayama H, et al. Right atrial lesions do not improve the efficacy of a complete left atrial lesion set in the surgical treatment of atrial fibrillation, but they do increase procedural morbidity. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;145:356-63.

Objetivos: Algunos autores han sugerido la superioridad de las lesiones biauriculares respecto a las lesiones en aurícula izquierda. Queremos analizar nuestra experiencia.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 305 a pacientes consecutivos desde el año 2007 hasta el 2011. El éxito se definió como libre de fibrilación auricular (FA) o flutter determinado por electrocardiograma de 12 derivaciones a intervalos de 3 meses. Las lesiones fueron ablación de venas pulmonares (PVI), ablación de aurícula izquierda (PVI + lesión en el anillo mitral [MV] + lesión en la orejuela izquierda [LAA]) o lesiones biauriculares (ablación de aurícula derecha + PVI + MV + LAA).

Resultados: Las tasas de éxito de PVI, ablación izquierda y lesiones biauriculares extendidas son: a 3 meses, 56,7%, 74,7% y 79,4% ($p = 0,003$); a 6 meses, 56,9%, 72,9% y 74,6% ($p = 0,02$); a 9 meses, 54,6%, 72,5% y 83,3% ($p < 0,001$), y a 12 meses, 52,6%, 76,1% y 80,0% ($p < 0,001$). Las lesiones biauriculares tienen una mayor tasa de implante de marcapasos que las lesiones izquierdas (16,5% vs. 7,5%; $p = 0,02$). Cuando agrupamos a los pacientes según el tipo de lesión izquierda, independientemente de la ablación derecha, la tasa de éxito fue: a 3 meses, 57,9%, 71,1% y 87,8% ($p < 0,01$); 6 meses, 58,1%, 71,6% y 77,6% ($p = 0,03$); 9 meses, 55,9%, 71,3% y 89,6% ($p < 0,01$), y a 12 meses, 54,1%, 74,7% y 83,7% ($p < 0,01$).

Conclusiones: La ablación aislada de PVI se asocia a una menor tasa de éxito que la ablación izquierda. Añadir la ablación de la aurícula derecha a la ablación izquierda no mejora la eficacia pero sí aumenta la tasa de implante de marcapasos por disfunción sinusal. Añadir la LAA puede añadir eficacia al conjunto de lesiones de PVI y línea al MV.

Comentario

El presente artículo compara de forma retrospectiva los resultados en un solo centro de la ablación auricular izquierda y la biauricular para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA), concluyendo que el patrón de lesiones derechas no mejora la eficacia de la ablación completa izquierda. Este es un interesante trabajo que nos devuelve a la controversia de qué tipo de lesiones realizar en el lado izquierdo y si las lesiones en el lado derecho son necesarias. Lamentablemente, el presente estudio pretende de modo retrospectivo comparar una serie muy heterogénea de casos en que la ablación se realizó a discreción del cirujano, sin un protocolo de ablación por tipo de FA (paroxística, persistente, persistente de larga evolución), en la que la mayoría de pacientes con lesiones izquierdas fueron exclusivamente tratados con ablación de venas pulmonares y estos son comparados con pacientes con lesiones biauriculares en que las lesiones izquierdas siguen el patrón

completo izquierdo descrito por Cox. Asimismo, se han añadido al grupo ablaciones realizadas con energías consideradas actualmente subóptimas como las microondas y no se han seguido las guías consensuadas del 2008 y el 2012 para el seguimiento de pacientes tratados de FA, que especifican la detección de todas las arritmias auriculares izquierdas de más de 30 s de duración a través de Holter de al menos 24 h y sin la utilización de antiarrítmicos. Dicho estudio basa sus conclusiones en resultados sobre electrocardiogramas esporádicos, sin tener en cuenta si los pacientes toman antiarrítmicos.

Entre las conclusiones del presente estudio, quisiéramos destacar los malos resultados de la ablación exclusiva de las venas pulmonares en los pacientes con FA concomitante a otra afección cardiaca. La razón de ello posiblemente sea el grado de desestructuración auricular en estos pacientes, con dilatación auricular y fibrosis. Es por ello que la ablación de venas pulmonares tiene sus mejores resultados en la FA paroxística, cuando la influencia de disparadores en las venas es más importante¹.

Por el contrario, es difícil concluir a través de los resultados de el presente estudio que los pacientes con ablación biauricular tengan más complicaciones. Es cierto que los tiempos de circulación extracorpórea e isquemia pueden ser mayores en estos pacientes^{2,3}, pero no hay indicios claros de que tengan mayor incidencia de marcapasos en el postoperatorio. La ablación biauricular se suele realizar, cuando no hay un protocolo establecido, en los pacientes más evolucionados y, por ello, en ocasiones subyace tras la FA una afección del nodo sinusal. Pero la necesidad de marcapasos por bloqueo auriculoventricular está más asociada a la cirugía valvular que a la de la FA, pues no hay lesión que se aproxime al tejido de conducción auriculoventricular tanto en lesiones izquierdas como derechas. Asimismo, la disfunción del nodo sinusal es una afección potencialmente recuperable; varios trabajos han demostrado que la mayoría de marcapasos implantados después de una intervención cardiaca no son necesarios en los controles postoperatorios sucesivos⁴.

En conclusión, creemos que el presente artículo no llega a esclarecer la no necesidad de realizar las lesiones derechas en pacientes con FA persistente o persistente de larga evolución. Como el mismo Dr. Soni nos comenta en la última frase de las conclusiones finales, deberemos esperar a los resultados del ensayo clínico del National Institute of Health americano sobre las lesiones que se deben realizar en pacientes con valvulopatía mitral y FA concomitante.

Bibliografía

1. Mack MJ. Current results of minimally invasive surgical ablation for isolated atrial fibrillation. *Heart Rhythm.* 2009;6 12 Suppl:S46-9.
2. Kim JB, Bang JH, Jung SH, Choo SJ, Chung CH, Lee JW. Left atrial ablation versus biatrial ablation in the surgical treatment of atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg.* 2011;92:1397-405.
3. Onorati F, Mariscalco G, Rubino AS, Serraino F, Santini F, Musazzi A, et al. Impact of lesion sets on mid-term results of surgical ablation procedure for atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2011;57:931-40.
4. Raza SS, Li JM, John R, Chen LY, Tholakanahalli VN, Mbai M, et al. Long-term mortality and pacing outcomes of patients with permanent pacemaker implantation after cardiac surgery. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2011;34:331-8.

Elena Sandoval y Manuel Castellá*
Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mcaste@clinic.ub.es (M. Castellá).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2013.08.004>