

EOPs: Fibrilación auricular solitaria

Caso clínico

Se trata de un varón de 42 años, sano, tabaquista, que consultó a guardia por un episodio de palpitaciones. Se le constató fibrilación auricular (FA) aguda, que revirtió espontáneamente antes de la primera hora.

Consultó al día siguiente, asintomático y muy preocupado. El paciente no presentaba historia de angor, infarto (IAM), valvulopatías, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), enfermedad cardiovascular, síncope ni síntomas de hipertiroidismo. El examen físico era totalmente normal. Se le realizó laboratorio, electro y ecocardiograma, siendo todos ellos normales. Se concluyó que el paciente había presentado un episodio de fibrilación auricular solitaria (FAS). A los cuatro meses repitió un nuevo episodio que motivó una nueva consulta a sala de emergencias, el cual volvió a revertir en forma espontánea antes de la hora de iniciado.

Preguntas que generó el paciente:

1) ¿Los pacientes con FAS tienen más riesgo de eventos embólicos que la población general?

2) ¿El tratamiento con antiarrítmicos previene las recurrencias?

Búsqueda bibliográfica en Medline (en idioma inglés):

Para responder la primera pregunta se utilizaron las siguientes palabras "fibrilación auricular solitaria", "enfermedad cerebrovascular" y "estudios de seguimiento". Se hallaron 8 citas de las cuales se seleccionó el estudio de Kopecky S (por su mayor número de pacientes y mayor tiempo seguimiento).

Para responder la segunda pregunta se emplearon las palabras "fibrilación auricular paroxística", "tratamiento antiarrítmico" y "prevención y recurrencias".

Fibrilación auricular solitaria

Se denomina FAS a la fibrilación auricular que se manifiesta en ausencia de enfermedad cardiovascular u otra causa precipitante. Es por ello que el paciente debe estar libre de todas las siguientes condiciones: edad avanzada, HTA, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, DBT, IAM, o alteraciones ecocardiográficas (función del ventrículo izquierdo deprimida, aurícula izquierda agrandada o hipertrofia del ventrículo izquierdo).

Afecta en general a la gente joven. Representa un pequeño porcentaje del total de las FA (2,7% según un trabajo de prevalencia). Hay quienes sugieren que su prevalencia es mayor en la práctica ambulatoria.

La mayoría de ellas (alrededor de 2/3) se presenta en forma paroxística (episodio que se autolimita antes de las 24 horas).

Suele revertir en forma espontánea a ritmo sinusal. La probabilidad de repetir episodios es muy alta a lo largo del tiempo (80%).

Debido a su baja prevalencia, se desconoce su fisiopatología, aunque se postulan factores desencadenantes como alcohol, tabaco y estimulantes.

A pesar de ser una fibrilación auricular, se la considera una entidad benigna, con un riesgo de tromboembolia similar al de la población general. No tiene indicación de anticoagulación ni antiagregación en personas menores de 60 años.

El mayor daño que provoca es la alteración de la calidad de vida cuando los episodios son frecuentes.

No existe en la actualidad un tratamiento antiarrítmico plenamente satisfactorio. La eficacia anual con tratamiento antiarrítmico para prevenir la recurrencia de episodios de FA es del 40 al 70

% (en el caso de la FAS el impacto es pobre debido al bajo número de episodios anuales en la mayoría de los casos). Las drogas disponibles son las del grupo IC (flecainida, propafenona) y las del grupo III (amiodarona, sotalol). La elección de la droga dependerá de varios factores y debe ser manejada en conjunto con el especialista.

En vista de la insuficiente eficacia antiarrítmica a largo plazo con drogas que pueden presentar importantes efectos adversos y dada la benignidad de esta entidad, solamente **estaría recomendado realizar tratamiento antiarrítmico cuando los episodios son lo suficientemente frecuentes como para deteriorar la calidad de vida del paciente.** Si los pacientes presentan una frecuencia mayor a 1 episodio trimestral sería oportuno considerar tratamiento antiarrítmico. Existen alternativas de tratamiento no farmacológico, que se encuentran en investigación y hasta el momento las tasas de recurrencia de episodios de FA son similares a las encontradas con tratamiento farmacológico.

Probablemente la educación del paciente para reconocer los episodios, el adecuado reaseguro y la prevención de la 'cardioneurosis' sean las medidas más adecuadas en quienes presentan episodios esporádicos, hasta tanto dispongamos de mayor evidencia.

Resumen de los trabajos encontrados

La Pregunta 1: ¿Los pacientes con FAS tienen más riesgo de eventos embólicos que la población general?

THE NATURAL HISTORY OF LONE ATRIAL FIBRILLATION A Population-Based Study over Three Decades Kopecky S. N Engl J Med 1987; 317: 669-74.

A lo largo de 30 años (entre 1950 y 1980), este estudio de cohortes siguió a 3623 pacientes menores de 60 años con FA en el estado de Minnesota. De ellos 2.7% (97 pacientes) presentaban FAS, y fueron seguidos por 14.8 años para evaluar su riesgo de tromboembolia. La edad media fue de 44 años. El 21% tuvo un único episodio, el 58% tuvo múltiples recurrencias y el 22% restante evolucionó a la cronicidad.

La supervivencia a los 15 años fue del 94% y el riesgo acumulativo de padecer un accidente cerebro vascular (ACV) en los 15 años fue del 1.3%. No hubo diferencias entre los que presentaban FAS paroxística o crónica.

Se concluyó que la FAS en pacientes menores de 60 años presenta un riesgo mínimo de ACV por lo que la anticoagulación no se recomienda.

Pregunta 2: ¿El tratamiento con antiarrítmicos previene las recurrencias?

PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION: A NEED FOR CLASSIFICATION Levy S J Cardiovasc Electrophysiol 1995 Jan; 6 (1): 69-74.

Se testeó un modelo de clasificación de la FA con presentación paroxística en un grupo de 51 pacientes hospitalizados, con el objetivo de delinear los subgrupos en los futuros trabajos de investigación y mejorar las estrategias de tratamiento.

La FA paroxística se dividió en 3 clases:

Clase I: primer episodio sintomático de FA
IA: autolimitado espontáneamente
IB: que requiere cardioversión química o eléctrica.

Clase II: episodios recurrentes en pacientes sin tratamiento antiarrítmico.

IIA: episodios asintomáticos

IIB: hasta 1 episodio sintomático cada 3 meses.

IIC: mas de 1 episodio sintomático cada 3 meses.

Clase III: episodios recurrentes en pacientes que reciben tratamiento antiarrítmico.

IIIA: episodios asintomáticos.

IIIB: hasta 1 episodio sintomático cada 3 meses.

IIIC: mas de 1 episodio sintomático cada 3 meses.

De los 51 pacientes 27% entro en clase I, 25% en clase II y 47% en clase III.

La incidencia de FA solitaria fue 21%,30% y 45% para los tres subgrupos respectivamente.

ANTIARRHYTHMIC DRUGS IN PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION. WHEN AND HOW? Levy S. Arch.Mal Coeur Vaiss 1996 Feb;89 Spec No 1: 19-24.

Este meta-analisis, basándose en la clasificación recomendada en el artículo previamente comentado, propone las siguientes recomendaciones terapéuticas.

Clase I: no indicar tratamiento antiarrítmico

Clase II: A: No se recomienda indicar tratamiento antiarrítmico
B: No esta claro si debe indicarse o no tratamiento antiarrítmico. Su eficacia y seguridad debería probarse.

C: Habitualmente se indica tratamiento antiarrítmico.

Clase III: Considerar otros antiarrítmicos no utilizados, investigar causas de resistencia de la FA al tratamiento, uso de drogas para frenar la frecuencia cardíaca.

Comentario

La FAS es una entidad relativamente benigna. Presenta un pronóstico excelente en lo que se refiere a eventos embólicos. Por lo tanto en esta patología no está indicado, en forma rutinaria, indicar anticoagulación oral. Esta recomendación debe adoptarse tanto en FAS paroxística como en la crónica. Con relación al empleo de antiarrítmicos, la indicación o no de tratamiento se vinculan con la alteración en la calidad de vida y no con las consecuencias de la FAS. Por lo tanto se reserva para pacientes con múltiples recurrencias sintomáticas. Es importante destacar que las recomendaciones no se basan en ensayos clínicos controlados aleatorizados, y esto se debe a que la FAS es una entidad poco habitual. Hasta tanto exista esa evidencia, debemos basarnos en la mejor evidencia actualmente disponible (estudios observacionales de seguimiento).

Dra. Verónica Shoj

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Bibliografía

The natural history of lone atrial fibrillation A Population- Based Study over Three Decades Kopecky S. N Engl J Med 1987; 317: 669-74.

Antiarrhythmic drugs in paroxysmal atrial fibrillation. When and how? Levy S. Arch.Mal Coeur Vaiss 1996 Feb;89 Spec No 1: 19-24.

Paroxysmal atrial fibrillation: a need for classification
Levy S J Cardiovasc Electrophysiol 1995 Jan; 6 (1): 69-74.