

**CARDIOCENTRO
“ERNESTO CHE GUEVARA”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA EL EDITOR

**APLICACIÓN DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE
LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA VALVULOPATÍA MITRAL.**

Por:

Dr. Francisco Luis Moreno Martínez¹, Dr. Ramiro R. Ramos Ramírez² y Dr. Francisco Javier Vázquez Roque³

1. Especialista de I Grado en Cardiología. Diplomado en Terapia Intensiva de Adultos. Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Profesor Colaborador de la Universidad Virtual de Salud de Cuba.
2. Especialista de I Grado en Cardiología. Master en Educación Médica Superior. Asesor Metodológico del Vicerrectorado de Posgrado. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

FIBRILACION ATRIAL/cirugía
VALVULA MITRAL/cirugía

Subject headings:

ATRIAL FIBRILLATION/surgery
MITRAL VALVE/surgery

Señor Editor:

La fibrilación auricular (FA) es una enfermedad de carácter epidémico y representa la arritmia más común que un cardiólogo puede encontrar en la práctica clínica. Es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por una activación auricular incoordinada, que conduce a un deterioro de la función mecánica auricular^{1,2}.

La valvulopatía mitral, fundamentalmente de causa reumática, es motivo frecuente de intervención quirúrgica en nuestro hospital, así como en toda Cuba y en la mayoría de los países subdesarrollados. Esta enfermedad se asocia, en un elevadísimo por ciento, a la FA crónica, debido al aumento del tamaño, y muchas veces del grosor, de la aurícula izquierda (AI).

La intervención quirúrgica de la válvula mitral, por sí sola, no es suficiente para la eliminación de la FA en la gran mayoría de los casos³, y es una causa importante de complicaciones en cualquier momento del postoperatorio; además, en muchas ocasiones prolonga la estadía en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y precisa del uso de medicamentos antiarrítmicos, lo que eleva aún más los costos hospitalarios por paciente, e incide de forma negativa en la economía del país y, más importante aún, en el propio bienestar del paciente⁴.

Conociendo esta situación, nos propusimos buscar alternativas terapéuticas para disminuir la incidencia de FA en pacientes con enfermedad de la válvula mitral, que van a recibir tratamiento quirúrgico.

Muchas han sido las técnicas quirúrgicas que se han ensayado en el mundo para eliminar la FA; sin embargo, han sido muy laboriosas, aumentan el tiempo quirúrgico y no han logrado los resultados deseados. Los procedimientos más conocidos son: el del corredor y el de Maze de Cox, con sus modificaciones⁴⁻⁶.

Ya en 1998, Sankar y Farnsworth describen su experiencia en la reducción de la AI como tratamiento quirúrgico para la FA crónica³, y en 2002, García-Villarreal y colaboradores, comunican una serie de 23 pacientes a los cuales se les realizó esta técnica, que tuvo éxito en España. El procedimiento consiste en seccionar totalmente la vena cava superior, alrededor de tres centímetros por encima de su desembocadura en la aurícula derecha, con el fin de exponer el techo de la AI. Se efectúan, entonces, dos incisiones en la AI: la primera, de manera convencional, paralela al surco interauricular y se prolonga alrededor de las venas pulmonares hasta seccionar totalmente la cavidad auricular. La segunda incisión se hace de 1-3 cm más interiormente, en dirección a la válvula mitral, rodeando toda la AI. De esta forma, se obtiene una banda de tejido circunferencial de dicha cámara cardíaca, con la base de la orejuela izquierda incluida. Luego se realiza la valvuloplastia o la sustitución valvular mitral, y finalmente se llevan a cabo las anastomosis de la AI y la vena cava superior.

Estos autores³ refieren que solo el 13 % de sus pacientes presentó recidiva de la FA en las primeras horas del postoperatorio, la cual revirtió con tratamiento farmacológico, no hubo mortalidad ni reintervenciones, y no se observó ningún trastorno de la conducción auriculoventricular. El ecocardiograma efectuado después del acto quirúrgico, mostró una disminución significativa en el tamaño de la AI; además, se comprobó la reaparición de la onda "a" auricular en 87 % de los pacientes estudiados, lo cual habla a favor de la restauración de la función contráctil efectiva de la AI.

El tamaño de la cavidad auricular izquierda mayor de 45 mm, es uno de los factores predictivos independientes para la recurrencia de FA; esta es rara cuando la AI es menor de 40 mm³. Si conocemos que la capacidad de la AI para fibrilar se encuentra determinada por la relación entre el período refractario efectivo del miocardio auricular y el área disponible de la AI para el desarrollo de un macrocircuito de reentrada, y que con el procedimiento se aíslan eléctricamente la desembocadura de las venas pulmonares y la base de la orejuela izquierda, entonces, parece lógico que reducir el tamaño de la AI y favorecer el aislamiento eléctrico de ambos sustratos anatómicos para las arritmias, pueda eliminar la FA.

Proponemos que se comience a aplicar la técnica de reducción de la AI utilizada por García-Villarreal³, pues involucra varias situaciones de vital importancia para el tratamiento de esta arritmia: a) La reducción del tamaño de la AI, como parte crucial del procedimiento, elimina la masa crítica que funcionaba como sustrato anatómico para la FA, b) el aislamiento de las venas pulmonares, junto con la amputación incluida de la orejuela izquierda, elimina tres de los principales macrocircuitos de reentrada para el desarrollo de la FA (dos de ellos en las venas pulmonares y otro en la base de la orejuela izquierda), c) la amputación de dicha orejuela suprime la fuente más importante de embolias de la AI, ya que se ha demostrado que 57 % de los pacientes reumáticos con FA, presentan trombos en la orejuela izquierda y en 9 % de los casos de FA no reumática, aparece trombo aislado u originado en esa estructura anatómica, y d) esta técnica quirúrgica favorece una excelente exposición de la válvula mitral, lo cual es imprescindible para llevar a cabo la reparación o el reemplazo de la misma.

Los resultados de la aplicación de esta novedosa técnica quirúrgica en nuestro hospital se verán dentro de poco tiempo; en estos momentos damos nuestros primeros pasos.

Referencias bibliográficas

1. Fuster V. Aproximación terapéutica a la epidemia de fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2002;55:27-32.
2. Hernández L, Moreno FL, Pérez A. Fibrilación auricular por vía accesoria. A propósito de un caso. Rev Fed Arg Cardiol. 2002;31:450-3.
3. García-Villarreal OA, Gouveia AB, González R, Argüero R. Reducción auricular izquierda. Un nuevo concepto en la cirugía para la fibrilación auricular crónica. Rev Esp Cardiol. 2002;55:499-504.
4. Melo J. Cirugía concomitante de la fibrilación auricular en el paciente sometido a cirugía mitral. Rev Esp Cardiol. 2001;54:675-76.

5. Hornero F, Montero JA, Canovas S, Gil O, García R, Pérez JL, et al. Remodelado anatómico auricular tras la cirugía de la valvulopatía mitral con fibrilación auricular permanente. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:674-81.
6. Martín A, Merino JL, Arco C, Martínez J, Laguna P, Arribas P, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56: 801-16.