
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Fibrilación auricular valvular: aclarando lo indefinido...”

WHAT IS ‘VALVULAR’ ATRIAL FIBRILLATION? A REAPPRAISAL

Raffaele De Caterina R, Camm AJ. What is ‘valvular’ atrial fibrillation? A reappraisal. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehu352.

En un esfuerzo por entender la definición actualizada de la fibrilación auricular, 2 de los líderes más importantes del mundo nos revisan la evidencia descrita de esta entidad, considerada singular por su mecanismo especial de facilitación en la formación de trombos en la aurícula izquierda que llevan a cardioembolismo y accidente cerebrovascular mayor. Muchos de los estudios de anticoagulación incluyendo los estudios claves de los nuevos anticoagulantes (RELY, ROCKET-AF, ARISTOTLE, ENGAGE-AF) excluyeron los pacientes con fibrilación auricular valvular, pero todos ellos tuvieron una definición ambigua y diferente. Estos son los puntos clave para la práctica diaria:

1. Clásicamente se ha definido la fibrilación auricular valvular (FAV) como la secundaria a estenosis valvular mitral (> 90% origen reumático) o en pacientes con prótesis valvular mecánica. En este sentido comparada con la fibrilación auricular no valvular (FANV) lleva entre 2 y 3 veces más riesgo de presentar un ataque cerebrovascular isquémico (el riesgo al año de ACV en FANV va entre 1% y 20% dependiendo de las escalas de riesgo). Es por esto que la FAV es considerado un factor de riesgo alto independiente de ACV.
2. En la era preanticoagulación y precirugía, la estenosis mitral era la responsable del 25% de todas las muertes por embolismo. Un tercio de los eventos embólicos ocurrían dentro del 1er mes de la presencia de la FA y los dos tercios restantes en el siguiente año. Pero lo más preocupante es que la presencia de FA no está estrictamente relacionada con el área valvular mitral o la presencia de falla cardiaca. Y aunque la presencia de eventos embólicos en FAV implican el manejo con anticoagulación, no es tan fuerte esta recomendación para los pacientes con estenosis mitral sin documentación de FA. Es por esto que la FAV en presencia de estenosis mitral es la de más alto riesgo cardioembólico probablemente relacionado a patrones de bajo flujo intraauricular.
3. La insuficiencia mitral parece tener un efecto “protector” de los eventos cardioembólicos cuando se relaciona a la presencia de estenosis mitral, es decir, en casos de estenosis mitral con insuficiencia asociada, mientras mayor es la insuficiencia, menor es la posibilidad de cardioembolia. En FANV también a mayor grado de insuficiencia menor es el riesgo de ACV, excepto en los casos de severo crecimiento auricular izquierdo y fenómeno de humo por bajo flujo intraauricular. Incluso el prolapso valvular mitral asociado a FA no ha demostrado comportarse diferente en la incidencia de ACV por FA comparado con la FANV de otras etiologías. Incluso la estenosis o insuficiencia aórtica no

se comporta diferente en presencia de la FA y la incidencia establecida es dependiente de las escalas de riesgo (CHADS2 – CHA2DS2VASc). Por esto con la excepción de la estenosis mitral, cualquier otra forma de valvulopatía no incrementa el riesgo de ACV en pacientes con FA y por lo tanto no debe estigmatizarse como FA valvular.

4. Aunque la cardiomiopatía hipertrófica no se considera una entidad que afecte específicamente las válvulas, si se conoce su mayor riesgo cardioembólico cuando se asocia a la presencia de FA, y esto ha llevado a excluir los pacientes de los grandes estudios con nuevos anticoagulantes, pero revisando la incidencia de ACV por FA con cardiomiopatía hipertrófica, esta no difiere con la incidencia de ACV en pacientes con FANV y CHA2DS2VASc=2. Por esto esta entidad no debe considerarse dentro del grupo de FAV.
5. El riesgo cardioembólico al año de los pacientes sin anticoagulación que tienen prótesis mecánicas es aproximadamente de 4% comparado con 0,1% a 1% en los pacientes que reciben anticoagulación. Pero este riesgo es el doble en prótesis mitral mecánica comparada con la prótesis aórtica mecánica. El mecanismo trombótico de los pacientes con prótesis mecánicas es sustancialmente diferente comparado con otros riesgos trombóticos en FANV, especialmente por el mecanismo mediado por el factor tisular y la generación de trombina con el roce de la superficie metálica de la válvula, esta es la posible explicación de porqué el dabigatrán falló en el manejo de estos pacientes y por lo tanto todo paciente con FA y prótesis mecánica debe ser manejado solo con warfarina.
6. En la bioprótesis mitral o aórtica, es menor el riesgo de cardioembolismo especialmente en las derivadas de pericardio comparada con las porcinas. Y aunque está indicada la anticoagulación por los primeros 3 meses post implante mientras hay cicatrización del anillo, no hay evidencia de continuar la anticoagulación más allá de este tiempo. Incluso en el uso de bioprótesis aórtica percutánea (CORE VALVE, EDWARDS), se recomienda el uso de ASPIRINA con una tienopiridina por 3 a 6 meses continuando después ASPIRINA o la tienopiridina indefinida. Cuando hay la presencia de FA y bioprótesis, la incidencia de eventos tromboembólicos es de 5% a 6% por año, no muy diferente al grupo de pacientes de FANV con similares características de riesgo. Incluso los pacientes que van a reparo valvular mitral tienen un bajo riesgo de eventos cardioembólicos, siendo alto solo en el primer año después de la cirugía, lo que justifica la anticoagulación por 3 a 6 meses postoperatorios. Es por este punto, que los pacientes con FA y bioprótesis o con reparo valvular mitral pueden ser tratados similar a los pacientes con FANV.
7. Es de recordar que en ROCKET, ARISTOTLE y ENGAGE se permitió pacientes que tuvieran reparo mitral, comisurotomía e incluso bioprótesis.

Por estas razones se concluye que el término: FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR es ambiguo y debería adoptarse la nomenclatura: MARM-AF (Mechanical And Rheumatic Mitral valvular Atrial Fibrillation), es decir, fibrilación auricular valvular mecánica o mitral reumática.

Para recordar que la reciente guía americana de enfermedad valvular reclasificó la estenosis mitral dejando: Estenosis mitral severa: área valvular $< 1,5\text{cm}^2$ (guía previa era 1cm^2), gradiente medio $> 5\text{ mmHg}$.

Referencia:

[doi:10.1093/eurheartj/ehu352](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu352)
