



SOCIEDAD COLOMBIANA  
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA  
CARDIOVASCULAR

# Revista Colombiana de Cardiología

[www.elsevier.es/revcolcar](http://www.elsevier.es/revcolcar)



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Cierre percutáneo de la auriculilla izquierda en el manejo de la fibrilación auricular



Víctor G. Aldana<sup>a,\*</sup> y Andrés Fernández<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Instituto Cardiovascular del Tolima, Clínica Nuestra, Ibagué, Colombia

<sup>b</sup> Hospital Universitario San Vicente de Paúl Fundación, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Recibido el 4 de abril de 2017; aceptado el 10 de noviembre de 2017

Disponible en Internet el 10 de enero de 2018

### PALABRAS CLAVE

Fibrilación auricular;  
Warfarina;  
Embolia y trombosis  
intracraneal;  
Hemorragia  
intracraneal

**Resumen** La fibrilación auricular no valvular es la arritmia más común en la práctica clínica diaria. Su prevalencia incrementa de forma significativa con la edad. Igualmente, los pacientes con esta condición están en riesgo alto de desarrollar eventos cerebrovasculares, en especial isquémico, usualmente de origen cardioembólico desde la auriculilla izquierda en más de un 90% de los casos. La piedra angular en el tratamiento de pacientes con fibrilación auricular no valvular es la anticoagulación para la prevención del riesgo de ataque cerebrovascular, de acuerdo con la clasificación del riesgo de presentar un evento isquémico vs. el riesgo de sangrado asociado a la terapia anticoagulante. Si bien históricamente se ha utilizado la warfarina para este fin, recientemente se han desarrollado nuevos anticoagulantes orales que han demostrado su no inferioridad en la prevención del riesgo, con un perfil de seguridad razonable, pero con persistencia en la probabilidad de sangrado, principalmente el de origen intracerebral y el amenazante para la vida.

Con base en el reconocimiento de la auriculilla izquierda como fuente primordial de trombos en pacientes con fibrilación auricular no valvular, el cierre percutáneo de auriculilla izquierda con dispositivo ha emergido como una opción segura y eficaz en la prevención del riesgo de ataque cerebrovascular en pacientes con contraindicación para la terapia anticoagulante y/o con dificultades para el acceso a los servicios de salud.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [victorgaldana@gmail.com](mailto:victorgaldana@gmail.com) (V.G. Aldana).

**KEYWORDS**

Atrial fibrillation;  
Warfarin;  
Intracranial embolus  
and thrombosis;  
Intracranial  
hemorrhage

## Percutaneous closure of the left atrial appendage in the management of atrial fibrillation

**Abstract** Nonvalvular atrial fibrillation is the most common arrhythmia in daily clinical practice. Its prevalence increases significantly with age. Likewise, patients with this condition are at high risk of developing cerebrovascular events, especially ischemic ones, usually of cardioembolic origin, arising from the left atrial appendage in more than 90% of cases. The cornerstone of treatment in patients with nonvalvular atrial fibrillation is anticoagulation (to prevent the risk of a cerebrovascular accident), according to the risk classification for presenting an ischemic event vs. the risk of bleeding associated with the anticoagulation treatment. While, historically, warfarin has been used for this purpose, new oral anticoagulants have been developed recently which have proven to not be inferior in risk prevention, with a reasonable safety profile, but with a persistent probability of bleeds, particularly intracerebral and life-threatening bleeds.

Based on the recognition of the left atrial appendage as the principle source of thrombi in patients with nonvalvular atrial fibrillation, percutaneous closure of the left atrial appendage, using a device, has emerged as a safe and effective option for preventing the risk of cerebrovascular accidents in patients for whom anticoagulant therapy is contraindicated, and/or who have difficulty in accessing health services.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La fibrilación auricular no valvular es la arritmia más común en la práctica clínica. Su prevalencia aumenta de forma proporcional con la edad, con tasas de aproximadamente 1% entre 55-59 años de edad al 10% entre mayores de 80 años<sup>1</sup>. El principal evento clínico y el más devastador es la enfermedad cerebrovascular de origen tromboembólico (ataque cerebrovascular), la fibrilación auricular por sí misma aumenta el riesgo de ataque cerebrovascular y de muerte en cinco veces más comparado con pacientes sin ésta<sup>2,3</sup>. El principal sitio de formación de trombos en pacientes con fibrilación auricular es la auriculilla izquierda<sup>4</sup>, la cual tiene características estructurales y fisiológicas distintivas que facilitan la formación de trombos en pacientes con fibrilación auricular, estenosis mitral y otras condiciones. En aquellos con fibrilación auricular no valvular el origen de los trombos se ha detectado en más de un 90% de los casos originados en la auriculilla izquierda. En estudios más nuevos con pacientes con fibrilación auricular no valvular de reciente inicio utilizando el ecocardiograma transesofágico (ETE), se documentaron trombos intracavitarios localizados en la auriculilla izquierda en más del 90% de los casos<sup>5</sup>. En pacientes con fibrilación auricular la piedra angular de tratamiento para la disminución del riesgo de ataque cerebrovascular es la anticoagulación oral con warfarina<sup>6</sup>. Un metaanálisis reciente demostró que la terapia con warfarina disminuyó un 64% el riesgo de ataque cerebrovascular y un 26% todas las causas de mortalidad comparado con placebo<sup>7</sup>. Actualmente, nuevos anticoagulantes orales tipo rivaroxabán, dabigatrán o apixabán, han sido evaluados en ensayos clínicos controlados con buenos resultados en la prevención de eventos cerebrovasculares en esta población de pacientes<sup>7-9</sup>. De la misma manera, se han validado diferentes escalas para estimar el riesgo de ataque cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular tales como CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc para definir el inicio de la terapia antitrombótica; sin embargo, muchos de estos factores de riesgo para

tromboembolia tales como: edad avanzada, hipertensión no controlada, enfermedad arterial coronaria y enfermedad cerebrovascular, también han sido identificados como factores de riesgo para sangrado (HAS-BLED)<sup>10-12</sup>, hecho que en ciertas ocasiones limita el uso de esta terapia. Igualmente, el sangrado mayor asociado a terapia anticoagulante es un desenlace frecuente con esta terapia y con eventos clínicos adversos severos en pacientes con fibrilación auricular<sup>13</sup>.

## Terapia antiplaquetaria y anticoagulante para profilaxis de eventos cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular

En el *Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for Prevention of Vascular Events trials* (ACTIVE W) se incluyeron más de 6.700 pacientes con fibrilación auricular y uno o más factores de riesgo para ataque cerebrovascular, para comparar antagonistas de vitamina K (AVK) para un INR 2,0-3,0 vs. Aspirina 75-100 mg/día más clopidogrel 75 mg/día, y evaluar la eficacia y seguridad definidos por la incidencia de ataque cerebrovascular, embolia sistémica, infarto de miocardio y muerte de origen vascular e incidencia de sangrado mayor. Se demostró cómo la terapia anticoagulante oral fue superior a la combinación de Aspirina y clopidogrel para la prevención de eventos vasculares y ataque cerebrovascular con una incidencia de eventos isquémicos de 3,93% en el brazo AVK vs. 5,60% en el brazo antiplaquetario dual y menor incidencia en desenlaces de seguridad<sup>14</sup>. Posteriormente, en el estudio clínico ACTIVE A en el cual se incluyeron pacientes con fibrilación auricular y alto riesgo para ataque cerebrovascular no candidatos a warfarina, se encontró una disminución del riesgo de ataque cerebrovascular del 28% en la combinación de Aspirina y clopidogrel comparado con Aspirina sola<sup>15</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676276>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676276>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)