

La sección incluye estudios relacionados a pedido de SIIC por los mismos autores cuyos correspondientes artículos se citan. Estos trabajos fueron recientemente editados en las revistas biomédicas clasificadas por SIIC Data Bases. Autores prestigiosos que habitualmente escriben en idiomas no hablados en Iberoamérica relatan sus estudios en inglés y SIIC los traduce al castellano.

Los documentos publicados en revistas de lengua inglesa alcanzan una limitada distribución entre los profesionales de América Latina, España y Portugal. Así es como la sección Crónicas de autores selecciona textos de importancia tendiendo un puente de comunicación entre autores y lectores de variados orígenes.

En siicsalud, la sección Crónicas de autores publica más información relacionada con los artículos: referencias bibliográficas completas, citas bibliográficas recientes de trabajos en que intervinieron los autores, domicilios de correspondencia, teléfonos, correos electrónicos, direcciones web de las revistas en que editaron los artículos de las crónicas, sus citas en Medline y SIIC Data Bases, palabras clave y otros datos.

## La crioablación tiene baja tasa de complicaciones en el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística

Fernando Scazzuso

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), Ciudad de Buenos, Argentina



Scazzuso describe para SIIC su artículo editado en *Revista de la Federación Argentina de Cardiología* 45(1):18-22, Ene 2016.

La colección en papel de *Revista de la Federación Argentina de Cardiología* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 1998.

Indizada en *SIIC Data Bases*.



[www.siicsalud.com/tit/pp\\_distinguidas.htm](http://www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm)  
[www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php](http://www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php)

Ciudad de Buenos, Argentina (*especial para SIIC*)

La fibrilación auricular es la nueva epidemia del siglo XXI. Se trata de una arritmia que duplica la mortalidad, quintuplica la tasa de accidente cardiovascular embólico y triplica la tasa de hospitalización. Tal contexto requiere estrategias rápidas y efectivas para el control de este grave problema de salud pública. La crioablación con balón se posiciona hasta el momento como la mejor estrategia para hacer frente a este flagelo y debería ser considerada como tratamiento de primera línea.

La crioablación es un procedimiento rápido, seguro y con baja tasa de complicaciones para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística. Esto ubica al procedimiento, en el momento de la toma de decisiones, como una estrategia ideal frente al tratamiento farmacológico, cuya tasa de eficacia es francamente inferior y presenta, además, una alta tasa de complicaciones, entre ellas la proarritmia, y no logra controlar los síntomas. Frente al fracaso del tratamiento farmacológico es que la ablación es, hoy en día, el tratamiento recomendado por todas las guías, tanto estadounidenses como europeas.

Este es el primer trabajo latinoamericano que evalúa los resultados en el mundo real con esta nueva técnica, demostrando que es factible realizarla, con una curva de aprendizaje bastante rápida, y con menor complejidad que otros tipos de abordaje, como la ablación con mapeo electroanatómico. Deberíamos considerar la posibilidad de utilizar esta estrategia como tratamiento de primera línea, ya que se ha comprobado que cuanto antes tratamos la fibrilación

auricular mejores resultados se obtienen, evitando así el remodelamiento auricular y la progresión a fibrilación auricular persistente.

En esta oportunidad se realizó un estudio prospectivo que comparó el resultado de la crioablación en 35 pacientes en los que se utilizó un balón de primera generación (4 inyectores) (CB1) respecto de 35 enfermos en los que el procedimiento se llevó a cabo con un balón de segunda generación (8 inyectores) (CB2), mediante el análisis de las temperaturas alcanzadas por el balón, el tiempo promedio hasta la desconexión de las venas y la recurrencia al año del seguimiento. Un objetivo secundario fue la evaluación de la combinación de la duración del procedimiento y del tiempo de fluoroscopia, así como la seguridad del procedimiento. La tasa de éxito inmediato fue del 100% en ambos grupos; el número de aplicaciones por vena fue de  $2.27 \pm 0.59$  en el grupo CB1, mientras que en el grupo CB2 fue de  $1.11 \pm 0.32$  ( $p \leq 0.01$ ), el tiempo promedio a la desconexión de las venas fue de  $82.08 \pm 15.67$  segundos en el grupo CB1, mientras que en el grupo CB2 fue de  $47.02 \pm 9.45$  segundos ( $p \leq 0.0001$ ); la temperatura promedio alcanzada en el grupo CB1 fue de  $-38.18 \pm 4.76^\circ\text{C}$ , mientras que en el grupo CB2 fue de  $-42.44 \pm 4.05^\circ\text{C}$  ( $p \leq 0.0003$ ).

El seguimiento promedio en el grupo CB1 fue de  $11.95 \pm 3.79$  meses con una tasa de libre de fibrilación auricular de 75.25%, mientras que en el grupo CB2 el seguimiento promedio fue de  $10.07 \pm 3.67$  meses, con una tasa libre de fibrilación auricular de 85.72%. La duración del procedimiento fue de  $83.83 \pm 18.34$  min en el grupo CB1 mientras que en el CB2 fue de  $61 \pm 12.88$  min ( $p 0.0001$ ); el tiempo de fluoroscopia fue de  $25.38 \pm 12.22$  min en el grupo CB1, mientras que en el CB2 fue de  $12.99 \pm 3.58$  min ( $p 0.01$ ), mientras que la dosis promedio de radiación fue de  $243.43 \pm 142.43$  mGy y  $131.73 \pm 90.03$  mGy, respectivamente ( $p 0.002$ ). Finalmente, en cuanto a la seguridad del procedimiento, en el grupo CB1 no hubo parálisis del nervio frénico mientras que en el grupo CB2 sólo hubo un caso ( $p \leq 0.307$ ).

En conclusión, el estudio arrojó un mejor perfil terapéutico con los balones de segunda generación, lo

cual posiciona a este procedimiento como la opción de preferencia para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística sintomática y refractaria al tratamiento farmacológico. Queda por determinar el papel de esta estrategia en el tratamiento de la

fibrilación auricular persistente, ya que permitiría ampliar el número de pacientes pasibles de beneficiarse con este abordaje. Para confirmar esta hipótesis deberán realizarse nuevos ensayos aleatorizados.

## Utilidad de la gammagrafía con macroagregados de albúmina en el síndrome hepatopulmonar

Israel Grilo-Bensusan

Hospital de Alta Resolución de Écija, Écija, España



Grilo-Bensusan describe para SIIC su artículo editado en *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 109(5):335-343, May 2017.

La colección en papel de *Revista Española de Enfermedades Digestivas* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2010.

Indizada en *SIIC Data Bases*.



[www.siicsalud.com/tit/pp\\_distinguidas.htm](http://www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm)  
[www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php](http://www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php)

Écija, España (*especial para SIIC*)

El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una complicación que se produce mayoritariamente en los pacientes con cirrosis hepática. Su manifestación fundamental es la alteración en la oxigenación sanguínea provocada por la dilatación de los vasos intrapulmonares (DVIP) implicados en el intercambio gaseoso.

Los conocimientos de dicha enfermedad todavía son muy limitados. Esto es debido a que se trata de un proceso de definición relativamente reciente, a su supuesta poca frecuencia y a la ausencia de síntomas específicos. Ello hace que los estudios de investigación acerca de este trastorno sean escasos y con muestras pequeñas de pacientes.

Para su diagnóstico es necesario demostrar la presencia de DVIP y alteraciones en la oxigenación sanguínea, en el contexto de una enfermedad hepática. En este trabajo abordamos una de las pruebas que se propusieron para el diagnóstico de las DVIP: la gammagrafía con macroagregados de albúmina (GMA). En esta exploración se utilizan agregados de albúmina marcados con una sustancia radiactiva: el tecnecio 99. Estos agregados tienen un tamaño que en condiciones fisiológicas, tras su inyección por una vía venosa periférica, son atrapados en el lecho vascular pulmonar. En el contexto del SHP, la presencia de DVIP hace que estos agregados superen el filtro pulmonar y alcanzan otros órganos de la anatomía. La radiación que emiten estos acúmulos se cuantifica mediante una cámara gamma y mediante fórmulas se establece el grado de *shunt*. Este es el fundamento para el diagnóstico de las DVIP. Frente a este método diagnóstico se encuentra la ecocardiografía con burbujas. Esta exploración se considera el patrón de referencia para el diagnóstico de las DVIP, aunque no permite la cuantificación del *shunt*. Apenas existe una decena

de trabajos que hayan estudiado el papel de la GMA tanto en su sensibilidad, su capacidad para predecir el riesgo de mortalidad y su correlación con los parámetros típicos del SHP. Además, algunos de ellos son los originales que describieron por primera vez la técnica. En ellos se presentaba la GMA como una prueba menos sensible que la ecocardiografía con burbujas. También asociaban un mayor grado de *shunt* medido con la GMA con un peor pronóstico del SHP. En estos estudios se sugería su papel para distinguir el origen de los trastornos en la oxigenación sanguínea en los pacientes con enfermedad pulmonar concomitante con el SHP. No existían datos con respecto a los cambios que se producían en esta prueba luego del trasplante hepático.

Realizamos un estudio prospectivo en un centro hospitalario universitario español con amplia experiencia en el trasplante hepático. Se estudiaron en total 367 pacientes cirróticos candidatos a trasplante hepático, y formaron parte de la muestra final 115 pacientes, la más amplia en la literatura hasta la fecha. Observamos que la sensibilidad de la GMA para el diagnóstico del SHP era significativamente menor que la ecocardiografía con burbujas. Sólo en los casos graves o muy graves de SHP la sensibilidad de la prueba fue algo mejor, pero siempre inferior a la de ecocardiografía con burbujas. Por lo tanto, desaconsejamos el uso de la GMA como método exclusivamente diagnóstico del SHP frente a la ecocardiografía con burbujas. Los valores obtenidos en la GMA no se asociaron con la mortalidad de los pacientes con SHP ni antes ni después del trasplante. No obstante, hay que precisar que nuestra muestra se componía mayoritariamente de casos leves o moderados y es en ellos en los que hay que tener en cuenta esta observación. Con respecto a los pacientes con enfermedad pulmonar asociada observamos que los resultados de la GMA podrían ayudar a establecer el origen de la hipoxemia, especialmente en los casos graves o muy graves. Finalmente, obtuvimos información respecto de la evolución de la GMA tras el trasplante hepático, determinando que dicha prueba se normaliza tempranamente luego del trasplante.

En síntesis, este estudio prospectivo sobre la mayor muestra existente en la literatura aporta información relevante con respecto a la aplicación clínica de la GMA en el diagnóstico y pronóstico del SHP.