

Fibrilación auricular e hipertensión arterial: dos frecuentes compañeros de viaje

Dr. Antonio Esteban Luque

**Servicio de Cardiología, Hospital de Alta Resolución,
Benalmádena, Málaga**

Introducción

La fibrilación auricular (FA) y la hipertensión arterial (HTA) forman un tándem muy frecuente en la clínica diaria. En el estudio de Framingham se ponía de manifiesto un aumento de la prevalencia de la FA en pacientes con HTA con respecto a aquellos sin lesión del órgano diana (cociente de riesgo del 2,1 para varones y del 1,9 para mujeres)¹. Además, datos más recientes indican que el 66% de los pacientes con fibrilación ya están diagnosticados previamente de HTA²; en el estudio ATHENA, el 86% de los pacientes eran hipertensos³). El diámetro de la aurícula izquierda, así como la masa ventricular izquierda, predicen de modo independiente la aparición de FA⁴ (fig. 1). Es más, la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es el mejor factor predictivo para el desarrollo de la FA cuando se compara con el tabaquismo, la diabetes o la HTA. Por lo tanto, la HTA es el factor de riesgo independiente más prevalente y potencialmente modificable de la aparición de FA y sus complicaciones, como son los episodios cerebrovasculares y la insuficiencia cardiaca

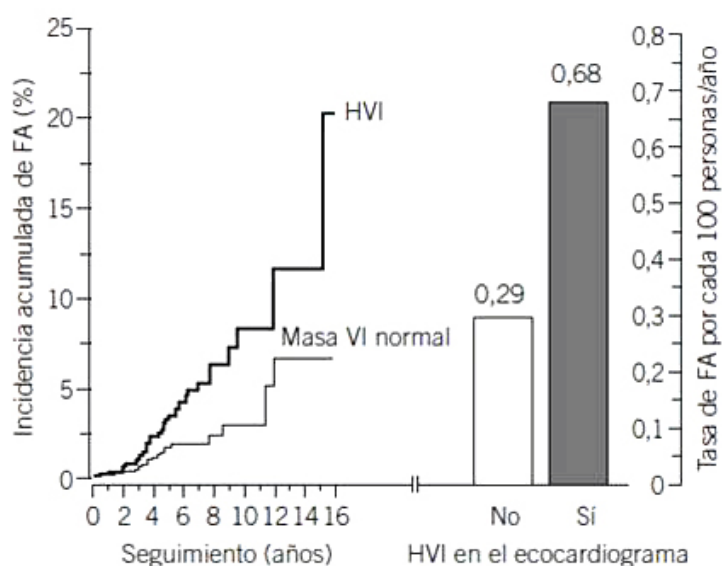


Fig. 1. Incidencia de fibrilación auricular en el estudio PIUMA.
(Modificada de Verdecchia et al.)

Exposición del caso

Acude a consulta un varón de 56 años que es derivado desde la consulta de Anestesiología para valoración quirúrgica de hernia inguinal tras observarse electrocardiograma (ECG) patológico. Asintomático cardiovascular.

Anamnesis/antecedentes clínicos

Ex fumador, HTA diagnosticada hace 5 años en tratamiento con atenolol 50 mg/día. No historia previa de cardiopatía conocida.

Exploración clínica

Obesidad troncular. IMC: 36. Perímetro cintura: 105 cm. TA: 160/100. Auscultación cardiaca: Arrítmico. Soplo sistólico I/IV en ápex.

Pruebas diagnósticas complementarias

Hemograma normal (Hb: 16 g/dl, Hto: 46%). Bioquímica: TG: 185 mg/dl; cLDL: 145 mg/dl; cHDL: 32 mg/dl; glucosa: 110 mg/dl, HbA1c: 6,5%; TSH normal.

Rx de tórax: ICT > 50%. Signos de crecimiento ventricular izquierdo.

ECG: FA con FC controlada. HVI concéntrica. AI: 45 mm. FE: 60% (fig. 2).

Holter ECG (24 h): 100% del registro en FA 80 lpm. (50-104).

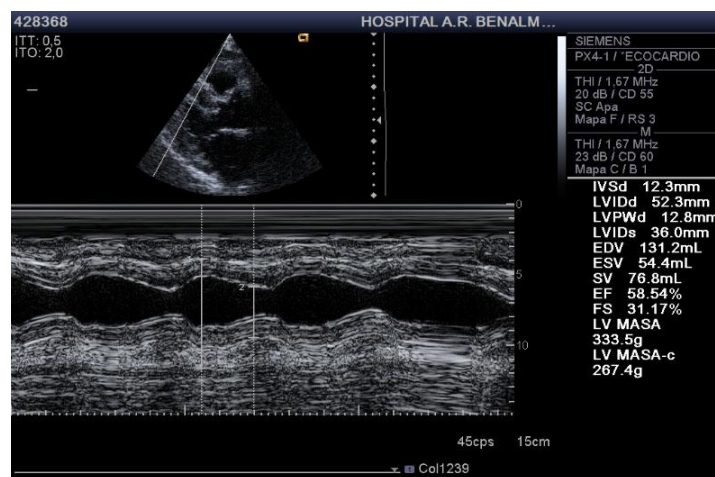


Fig. 2. Ecocardiografía. Modo M. Hipertrofia ventricular izquierda.

Diagnóstico/diagnóstico diferencial

1. FA persistente con cardiopatía de base.
2. FA permanente con cardiopatía de base.
3. FA persistente de larga duración con cardiopatía de base.

Una vez valorados todos los parámetros se establece el diagnóstico: paciente con diagnóstico de FA probablemente persistente de larga duración y HTA en el contexto de síndrome metabólico con mal control de las cifras tensionales.

Tratamiento

Cardioversión eléctrica iniciándose previamente tratamiento con acenocumarol e irbesartán 300 mg. Se optó por la introducción de dronedarona 400 mg/12 h y mantenimiento de la anticoagulación (CHA2DS2-VASc > 1).

Discusión: ¿Por qué se eligió este tratamiento?

Varios estudios ponen de manifiesto el importante papel clínico de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la prevención de la FA^{5,6}. En pacientes con FA persistente se ha demostrado un efecto beneficioso del antagonista del receptor de la angiotensina II (ARA II) irbesartán con una menor tasa de recurrencia poscardioversión eléctrica⁷. Otros ARA II han conseguido beneficios destacables en pacientes con FA y HTA⁸⁻¹⁰. Según las guías de práctica clínica para la FA de la Sociedad Europea de Cardiología, en los pacientes con HVI en los que se persigue control del ritmo se puede optar por la introducción de amiodarona o dronedarona¹¹, valorando el contexto clínico del paciente. La decisión de introducir dronedarona fue determinada por la edad del paciente y la posibilidad del desarrollo de efectos secundarios tras la toma prolongada de amiodarona, así como la evidencia reciente de que, en este grupo de pacientes, se reducen las complicaciones cardiovasculares, como pone de manifiesto el estudio ATHENA³. De hecho, en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología, se considera que la elección del fármaco antiarrítmico debe estar guiada fundamentalmente por criterios de seguridad más que de eficacia.

Conclusión

Es igual de importante, desde el punto vista pronóstico, el tratamiento de la HTA como el de la FA, tratamiento que debe realizarse preferentemente con ARA II. En pacientes en los que la expectativa de vida es larga y que presentan HVI, con el objetivo de mantener el ritmo sinusal, la dronedarona es una buena alternativa a la amiodarona, dada su eficacia y seguridad, además de ser el único antiarrítmico que ha demostrado reducción de episodios cardiovasculares.

Bibliografía

1. Kannel WV, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study. *N Engl J Med.* 1982;306:1018-22.
2. González-Juanatey JR, Alegría E, Lozano JV, Llisterri JL, García Acuña JM, González Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio Cardiotens 1999. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:139-49.
3. Hohnloser SH, Crijns HJGM, Van Eickels M, Gaudin C, Page RL, Torp-Pedersen C, et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2009;360:668-78.
4. Verdecchia P, Reboldi G, Gattobigio R, Bentivoglio M, Borgioni C, Angeli F, et al. Atrial fibrillation in hypertension: predictors and outcome. *Hypertension.* 2003;41:218-23.
5. Vermes E, Tadif JC, Bourassa MG, Racine N, Levesque S, White M, et al. Enalapril decreases the incidence of atrial fibrillation in patients with left ventricular dysfunction. Insight from the studies of left ventricular dysfunction (SOLVD) Trials. *Circulation.* 2003;100:376-80.
6. Pedersen OD, Bagger H, Kober L, Torp-Pedersen C. Trandolapril reduces the incidence of atrial fibrillation after acute myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction. *Circulation.* 1999;100:376-80.
7. Madrid AH, Bueno MG, Rebollo JM, Marín I, Peña G, Bernal E, et al. Use of irbesartan to maintain sinus rhythm in patients with longstanding persistent atrial fibrillation. *Circulation.* 2002;106:331-6.
8. Maggioni A, Latini R, Carson E, Singh S, Barleira S. ValHeFT. Post-hoc analysis suggests valsartan reduces new AF in patients with heart failure. *Circulation.* 2003;108 supl. IV:2314.
9. Swedberg K, Pfeffer M, Cohen-Solal A, Ducharme A, Granger C, Michelson E, et al. Prevention of atrial fibrillation in symptomatic chronic heart failure by candesartan: results from the Charm study. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:222A.
10. Wachtell K, Hornestam B, Lehto M, Slotwiner DJ, Gerds E, Olsen MH, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients with history of atrial fibrillation: The Losartan Intervention For End Point Reduction in Hypertension (LIFE) Study. *J Am Coll Cardiol.* 2005;45:705-11.
11. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1483. e1-e83.