

Marcapasos: ¿sí o no?

Dra. Lorena Cambarere

Estimados envié esta foto de un paciente de 69 años con este Holter con pausa de 4.5 seg asintomático totalmente , en total fueron 8 pausas de este tipo el Holter fue de control , pedido por su cardiólogo de cabecera; yo lo realicé y me pareció interesante compartirlo en este foro; durante el mismo no hubo síntomas.

¿Marcapaso o no ?

Saludos desde la Patagonia Argentina

Lorena



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Lorena, sí, presenta evidentemente pausas prolongadas en la actividad asintomáticas según refieres.

Mi impresión es que se trata de paros sinusales, ya que no observo ondas P no conducidas.

Si le realizaras masaje del seno carotideo estoy seguro reproducirías las mismas.

Pero no comprendo el motivo de la solicitud del Holter, si se encuentra asintomático!!

Ahí es donde las guías pierden su utilidad, le realizas un Holter a un paciente asintomático y te encuentras este trastorno ¿y ahora qué hacer?

Se encuentra asintomático, le suspendería medicamentos que depriman el automatismo cardíaco, no solo BB o similares y revisaría sino se encuentra tomando psicofarmacos o timolol por glaucoma por ejemplo a fin de retirar medicamentos que exacerben su trastorno de base.

¿Podés referirnos medicación (toda desde oftalmológica hasta antiprostaáticos o psicofármacos)?

¿Motivo del Holter?

Si no toma ningún medicamento, sugeriría seguimiento hasta que presente síntomas.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Hola buenas tardes a todos

Los trazados que se adjuntan son dentro de la misma franja horaria (11 a 12 am).

- ¿Todas las pausas (8) fueron en esa misma franja horaria?
- ¿En el resto del estudio se comporta con adecuado rango de respuesta cronotrópica?
- ¿Se descartan apenas del sueño?
- ¿En que situación se encontraba el paciente?

Interesante caso.

Saludos!

Damián Longo

Estimada Lorena:

Estoy de acuerdo con lo que explica Martín. Independientemente de eso, por un lado me llama la atención que estos episodios se registren alrededor de las 11:15 hs, (¿figura la actividad que desarrollaba en ese momento?). Me agradecería saber, además, que rango cronotrópico aparece en el Holter y la cantidad de latidos totales en 24 hs.

Afectuosamente

Isabel Konopka

RESUMEN DE HOLTER :

FC media 45l/m ,

FC mínima a las 11.46 40l/m

FC máxima a las 13.19 hs 107 l/m

A la hora de la pausa: paciente en su domicilio sentado, mirando papeles

Datos de la HC: Paciente de 69 años masculino con antecedente de insuficiencia cardíaca con estudio de perfusión que informa miocardiopatía isquémico necrótica, coronarias sin lesiones, antecedentes de FA crónica anticoagulado; pedido de Holter de control por su cardiólogo de cabecera en Bs As. Acá estamos en un pueblo en la Patagonia de 10.000 habitantes. El Holter fue enviado a medico cardiólogo electrofisiólogo de la Clínica Bazterrica de Buenos Aires. Ritmo de base BAV de primer grado .

Saludos

Lorena

Con respecto al caso de la Dra. Lorena de la vasta Patagonia: con respecto al trazado debería decir que no existe (según el gran anatomista Anderson de Inglaterra) paro sinusal. Desde el punto de vista anatómico circulatorio, madre natura le dió máxima protección:

1) Una arteria larga y desnuda que sale del primer cm de la coronaria derecha. Y ¿por qué? Para que el nódulo sinusal reciba lo más pronto irrigación antes que otras áreas cardíacas. También esta

arteria esta rodeada por el tejido sinusal, formando un un complejo de retroalimentación mecánico eléctrico, diciendo que este latido que produce la arteria asegura la excitación para el próximo latido.

2) También madre natura aseguró al sistema sinusal, con otra arteria que es la sexta arteria bronquial que sale de la aorta descendente .

Pero el nóculo sinusal, está rodeado de tejido conectivo, que tiene por finalidad la de transmitir la actividad eléctrica. Es importante recalcar que en el nóculo sinusal existe únicamente potasio y calcio, pero no sodio (como se puede ver en el potencial de acción intrasinusal que es típico del calcio)

El sinus produce electricidad, pero las fibras perisinusales son las que transmiten a esta a la aurícula derecha, y tienen todas las características electrolítica y molecular como el sistema de conducción.

Por lo tanto, el caso de Lorena es un bloqueo sinoatrial, generalmente por un proceso fibrótico perisinusal.

No me parece que haya que ponerle un marcapaso a este paciente, no está en peligro de síncope cardíaco.

Un fraternal abrazo y le hago un repaso anatómico y biológico del sistema sinusal a los residentes, para cuando den exámenes para recibir el título de cardiólogos y no olvidar que es el único elemento cardíaco que está fuera del corazón. Madre natura le puso en lugar seguro en el ángulo formado por el borde superior de la aurícula derecha y el borde inferior de la vena cava superior.

A la Dra. Lorena una pregunta después de leer su diagnóstico que envió recientemente: ¿Cómo puede existir una miocardiopatía severa isquémicas con coronarias ilesas? Parecería, según lo que agrega, podría ser una miocardiopatía fibrótica infiltrativa, y que envuelve al sistema perisinusal, Un abrazo y la felicito por su deseo de consultar a este forum y yo le contesto inmediatamente desde Tel Aviv Israel a la lejana Patagonia. ¿En qué provincia está su pueblo y cómo se llama?

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

La discusión y preguntas están

Pero como nadie pregunta y discute , y me critica, me da la impresión que me conecto con el viento.

Estimada Lorena;

Es muy difícil realizar un diagnóstico y menos aún tomar una decisión terapéutica en un paciente con informes tan poco claros. En el estudio de perfusión miocárdica hablan, no se porqué, de una miocardiopatía isquémico necrótica pero la hemodinamia nos muestra coronarias normales. Por un lado mencionas fibrilación auricular crónica y por el otro bloqueo AV de primer grado, ¿esto significaría que tiene ritmo sinusal o no?. Figuran como antecedentes insuficiencia cardíaca: a que se refieren?. El Holter esta informado como de frecuencia mínima de 40 latidos por minuto y 45

latidos promedio; ¿es real esa frecuencia máxima de 107 latidos por minuto? Porque para ese rango cronotrópico conservado yo me esperaría 75 latidos más o menos de promedio. Los latidos totales de 24 hs no son mencionados. Esa frecuencia máxima ¿se logra con ritmo sinusal, con una taquiarritmia o es simplemente un artefacto? En cada tira en la parte inferior del Holter se observa un ritmo regular que parece sinusal bradicárdico y cada episodio de pausa está precedido por un latido aparentemente auricular anticipado. El paciente podría tener un síndrome de bradi-taqui, no se la medicación que recibe; pero como está asintomático desde mi punto de vista se lo puede estudiar para ver que conducta se tiene que tomar.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Sí, realmente la información es dual y a veces contrapuesta.

Si es una miocardiopatía isquémico-necrótica o cualquiera fuera su causa.... ¿que fracción de eyección tiene?? Porque si es del 35% o menos tiene que ir a CDI y problema resuelto???

Ricardo Paz

Buen día:

Si el paciente es bastante especial, la FCM es de 75 me confundí y puse 45; mil disculpas, el diagnóstico en Buenos Aires fue síndrome de bradi - taqui y se le colocó un marcapaso bicameral

Lorena

Hola Ricardo

No opiné en este caso porque NO lo entendí bien, y creo que Isabel y Martin mostraron cuáles eran los problemas en la presentación.

Lei una nota de Martin Ibarrola donde claramente explicaba el caso, y concuerdo 100% con su visión. No solemos pedir Holter si no se sabe lo que se esta buscando.

Este caso me recuerda una frase célebre de Aristides Bomforti (circa s. XVI) que (mal traducida del Italiano) dice: **“El Hombre (con mayúscula) queda libre de sus aciertos y preso de sus errores”**.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Associate Professor of Medicine (Tenure)

Head, Heart Rhythm Service

Queen's University

Kingston, ,

Estimada Isabel

Gracias por ver mi caso, realmente presenté lo que tenía , más data no pude encontrar, me pareció un trazado interesante y lo quise compartir; estuve leyendo y vi trazados con pausas de 7 seg ¿cuántos segundos de pausa puede resistir un paciente sin síntomas; se conoce algún caso ??? ¡me gustaría saber!
Gracias muy amable.

Lorena

Estimada Lorena

El síncope se desencadena por una reducción en el metabolismo de las células cerebrales. Las reservas cerebrales de glucosa y glucógeno no superan los 2 gramos siendo su metabolismo anaeróbico en un 85%. Si tenemos una reducción drástica de la glucemia sin que este involucrado el aporte de oxígeno, tarda alrededor de 90 minutos en aparecer la insuficiencia metabólica cerebral. Por el contrario, la anoxia cerebral completa produce en 10 segundos la pérdida de la consciencia y si la anoxia se prolonga más allá de los 3-5 minutos puede dar lugar a lesiones neurológicas irreversibles. Salvo en los síncope metabólicos por hipoglucemias y en las situaciones de PO₂ muy bajas, el resto de los síncope son el resultado de una reducción del gasto cardíaco, de la presión de perfusión a nivel cerebral y de las resistencias del lecho vascular cerebral.

Espero que estos datos te den una idea muy general de la fisiopatología de los síncope.

Afectuosamente

Isabel Konopka
