

Mujer de 58 años transplantada renal - 2007

Dra. Mara López

Me dirijo al Foro para comentar el caso de la siguiente paciente :

Mujer de 58 años, con un transplante renal en el 2003 por el cual está en tto. con inmunosupresores.

En el post operatorio inmediato cursó un 1º episodio de Arritmia cardíaca por Fibrilación Auricular (AcxFAP), que revirtió con Trangorex EV (amioradona) quedando sin tto. AA. En el 2006 presenta un nuevo episodio de AcxFAP que revierte a RS con Trangorex EV dentro de las primeras 24hs.

Queda medicada con Trangorex el cual se le debe discontinuar por desarrollar hipotiroidismo (farmacológico). Se le indicó entonces Flecainida.

Este año vuelve a presentar un 3º episodio de similares características, que revierte nuevamente dentro de las 24hs. con Trangorex EV.

Todos los episodios han sido tolerados hemodinámicamente bien.

ECG en RS: normal.

Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica severa. Resto de la exploración, dentro de la normalidad.

La paciente está asintomática en todo momento.

Me gustaría conocer cual es la actitud que consideran más correcta a seguir.

Muchas gracias.

Dra. Mara López

¿No tiene ya indicación de cirugía por la Insuficiencia Aórtica?

La FA parece tener aquí poca importancia frente a ese diagnóstico y su esporádica ocurrencia. Si no se corrige la lesión valvular difícil será mantenerla en ritmo sinusal.

Sugiero realizar profilaxis de FA en el postoperatorio con Beta bloqueantes pero caben otras alternativas.

Saludos:

Alejandro Cuesta

Montevideo – Uruguay

Pasa frecuentemente cuando no damos un tratamiento antiarrítmico a aquellos pacientes los cuales han tenido un episodio de AC x FA paroxística, aún cuando lo pasamos a ritmo sinusal con amiodarona ev, se le da el alta sin tratamiento. Es un error y a veces recaen en otro episodio. Otro error es dar trangorex por mucho tiempo, cuando podríamos dar bajas dosis de beta-bloqueantes.

Considero que no debemos realizar ninguna cirugía, como propone el colega Cuesta, en un paciente asintomático con una IAo severa, con eco normal, es decir, con parámetros dentro de la normalidad. Sabido es que cuando tenemos FE menos del 50%, DTD mayor a 70 i DTS mayor de 50 existe indicación absoluta para cirugía, de lo contrario no la hay.

Recomiendo que sigas un control ecocardiográfico cada 6 meses o un año.

Páutale un beta/bloqueante.

Atentamente,

Dr. Oswaldo Londono - Hospital de la Cruz Roja - Barcelona

Creo que si la paciente está asintomática y su aurícula es de tamaño normal y dado que su insuf aórtica aún no parece quirúrgica, lo primero que descartaría es causas metabólicas para su FA dado que la paciente recibe tratamiento inmunosupresor (la hemoglobina es normal?).

Descartado lo anterior una opción podría ser la administración de b-bloqueantes y valorar la posibilidad de anticoagulación dado que es su tercer episodio de FA.
Saludos y esperamos nos mantengas al tanto de su evolución

Dra. Andrea Alcaraz

Estimada Mara López

Nuestra postura ante una FAP que se produce una vez por año, con AI de tamaño normal y revierte tan fácilmente a RS nosotros no le administramos ninguna droga antiarrítmica, posiblemente IECA si tiene una IAO y disfunción sistólica asintomática. Le haría Holter para evaluar que no tuviera FAP asintomática.

Si está inmunosuprimida es poco probable que la inflamación juegue algún rol en la generación de la FA.

Si la FA fuera muy frecuente y recurrente en nuestro país seguramente le administramos amiodarona, que ya provocó hipotiroidismo, si es subclínico nosotros continuamos administrándosela con controles cercanos de su función tiroidea.

La flecainida si tiene dilatación VI no es conveniente. Otra opción es sotalol.

En España (si sos Mara la rosarina que está en Barcelona) seguramente te van a proponer ablación de la FA, donde hay centros que tienen excelentes resultados.

Saludos.

Dr. Oscar A. Pellizzón

Me gustaría preguntarle al foro si la presencia de una insuficiencia aórtica severa no es contraindicación por lo menos relativa para el uso de betabloqueantes?

Fabián Martínez Vergara

Gracias Oscar por recordarte de mí! (aunque debo hacerte una pequeña aclaración: soy "la porteña" que se fue a vivir a Rosario, y ahora vive en Barcelona)... para que no se enfaden mis amigos de Bs.As....)

Gracias por tus apreciaciones.

En realidad ocurre que la paciente no puede tomar amiodarona bajo ningún concepto. Tomando en cuenta su problema valvular, simplemente quería conocer la opinión sobre la utilización de AA tipo Flecainida o Propafenona, o bien B. Bloqueantes en esta paciente.

La paciente no se sometería a ningún tipo de ablación (al menos, por el momento).

En los Holters realizados no se evidencian episodios de FAP.

El caso no tiene especial interés electrocardiográfico, pero el tto. de su arritmia en su contexto me generó alguna duda, y dado que no nos pusimos de acuerdo en el Servicio, quería conocer la opinión del foro, simplemente.

Muchas gracias
Mara.

Qué puntería la mía, te reconocí por la letra!! A esta altura no importa de dónde sos, has estado en tantos lugares!! Al final qué decisión tomaste?

Besos.

Oscar.
