

Paciente de 79 años, con insuficiencia cardíaca con FE de 32% con asincronía marcada - 2006

Dr. Simón Pero

Sobre lo que pasa cuando otros indican un marcapasos y nos toca manejarlo, comento un caso que veo con cierta frecuencia.

Paciente de 79 años, con insuficiencia cardíaca con FE de 32% con asincronía marcada, tratado solo con digoxina, furosemida y espironolactona, en clase funcional III. Que presenta en el ECG BAV de primer grado 240 mseg, BCRD y HBAI. Derivado para implante de VVI por mareos, sin Holter y sin EEF previo. No tiene descartada isquemia, pero por la HC no se reconoce eventos coronarios y el eco no muestra alteraciones de la motilidad concluyentes.

Se le realiza Holter y en éste presenta una pausa post extrasistólica de 1700 mseg ESV frecuentes y episodios de FA asintomáticos de segundos de duración. Se rechaza la indicación de VVI, y se titula IECA por consultorio externo tras disminuir la dosis de digital a medio comprimido día. Nuevo control en tres meses ya que no es de la zona.

Me pregunto.

¿Alguien hubiese colocado ese equipo?. ¿Por qué?

Si luego de este tratamiento no mejora y ante la posibilidad de agregar BB, ¿convendría replantear la estimulación con el mismo sistema u otra modalidad más costosa dada la edad del paciente?

¿En algún momento le harían un EEF?

Simón Pero

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado colega:

Aquí hay dos temas a pensar y trataré de darle mi opinión de forma resumida.

Comparto la prudencia con la que ha conducido a su paciente. No parece tener indicación inmediata de estimulación por ritmo lento. Es sabido que los mareos son un síntoma muy inespecífico y si no se logran correlacionar con un ritmo lento significativo por si solo no son indicación de MPD. De todas maneras por la cardiopatía estructural de base y los trastornos de conducción no me quedaría tranquilo y agotaría todas las posibilidades diagnósticas. Dependiendo un poco de la impresión clínica que tenga, al interrogar bien ese mareo, podría llegar hasta el estudio electrofisiológico.

De forma subyacente Ud. está preguntando sobre la indicación de resincronización. Creo que efectivamente es un posible candidato. De todas maneras habrá que terminar el estudio de la etiología y sobre todo, como Ud se lo está planteando, optimizar el tratamiento médico. Las pautas de la AHA establecen claramente la necesidad de el mejor tratamiento médico antes de decidir resincronizar (*).

Si en éste paciente concluyera la indicación de estimulación por un ritmo lento me parece que habrá que ponerle en todos los casos un resincronizador.

Si en éste paciente concluyera la indicación de resincronizador por la insuficiencia cardíaca no abundaría en más estudios respecto a la existencia o no de un ritmo lento que explique los mareos.

Como habrá visto he omitido del análisis la edad del paciente. Creo que es equivocado considerar un número y debemos tener en cuenta todo el "terreno". La expectativa de vida por otras patologías, el estado funcional físico y mental, el nivel de actividad que puede y quiere mantener, la contención de su medio social / familiar y el rol que él juega en el mismo.

Cabe una tercera discusión y es la indicación o no de Desfibrilador. En éste paciente sería con criterio de prevención primaria. Con la FEVI por encima de 30% no es una indicación clase 1 y nosotros no lo indicaríamos.

Saludos a todos

Alejandro Cuesta
Montevideo. Uruguay

(*) Hunt et al. ACC/AHA 2005 Chronic Heart Failure Guideline Update. JACC September 20, 2005(46-6):1116–43.

Patients With Current or Prior Symptoms of HF (Stage C)

1. Patients With Reduced LVEF

RECOMMENDATIONS

Class 1

1.1) Patients with LVEF less than or equal to 35%, sinus rhythm, and NYHA functional class III or ambulatory class IV symptoms despite recommended, optimal medical therapy and who have cardiac dyssynchrony, which is currently defined as a QRS duration greater than 0.12 ms, should receive cardiac resynchronization therapy unless contraindicated.
(Level of Evidence: A)

1.2) Implantable cardioverter-defibrillator therapy is recommended for primary prevention to reduce total mortality by a reduction in sudden cardiac death in patients with nonischemic cardiomyopathy who have an LVEF less than or equal to 30%, with NYHA functional class II or III symptoms while undergoing chronic optimal medical therapy, and have reasonable expectation of survival with a good functional status for more than 1 year.
(Level of Evidence: B)

Estimado colega.

De acuerdo a su relato,

1) lo primero que habría que hacer es suspender la digoxina, ya que puede estar prolongando el PR, por lo tanto pasaría a ser un bloqueo bifascicular y no hay indicación para un MCP en este contexto.

2) Claramente se impone la administración de IECA por lo demostrado en los trials sobre ICC y más recientemente por su efecto sobre la FA, ya que disminuiría su aparición.

3) Si mejora su clase funcional de ICC, también es probable que la FA paroxística que presenta desaparezca, dependiendo del tamaño de la AI.

Aunque le haría un nuevo Holter para observar su presencia. Si continuara estando le administraría amiodarona y lo anticoagularía hasta estar seguro que fue revertida, porque tiene muchos factores de riesgo para stroke: edad, ICC, MPDilatada, FA parox.

4) Si es necesario, posteriormente administraría carvedilol, observando siempre el PR, que si lo prolonga, con alta probabilidad es a nivel NAV y no infrahisiano.

5) Marcapasos VVI en este caso, nunca.

Un abrazo.

Oscar Pellizzón

Hola Doc.

Seguramente un IECA le mejorará su Clase Funcional, personalmente no indicaría BB aunque fuere cardiosselectivo. Pero.....tratandose de un paciente con un bloqueo bifascicular más bloqueo AV y sintomático (mareos?), aquí un EEF que me documente un intervalo HV >100ms lo consideraría suficiente para un Marcapasos definitivo de entrada. Además tiene episodios de FA frecuentes lo que hace que la sincronización de la contracción AV no sea correcta y actúe en desmedro de su Clase Funcional, volúmenes y Fracción de eyección ventricular, por lo que un Marcapasos definitivo le va a beneficiar.

Saludos.

Tomás Campillo.

(Ex Fellow Cardiología Htal Clinic Barcelona – España)

De acuerdo con Ud doctor Pellizzón, el problema es que está muy sintomático, clase III y por los trials de supresión de digoxina uno ve que empeoran más aún al suspender, por eso decidí solo bajar la dosis. Además es derivado para implante, y si encima le aumento los síntomas sería difícil luego la relación médico paciente y peor aún médico familia, ya que vino con la idea de la panacea del marcapasos.

Dr. Simón Pero

Estimado colega:

Yo a ese paciente si tuviera menos de 60 años, creo haber tomado igual conducta, pero en un paciente septagenario; le haría un estudio electrofisiológico para ver conducción intra e infrahisiana.

Y comprobar la certeza de ninguna lesión intrahisiana que puede dar un fenómeno de Wenckebach y ocasionar episodios sincopales y aún mortales.

Dr. Marcelo Benassi.

Querido colega:

Pienso que su toma de decisión fue la correcta. Primeramente el paciente se encuentra asintomático. En las guías españolas de marcapaso se indican este dispositivo para los BAV de 2do grado Mobitz-2 y completo, y tienen indicación clase IIA aquellos pacientes con BAV de 1er grado pero con síntomas y signos que hagan sospechar Síndrome de Marcapaso, lo cual no es el caso de este paciente.

Un dato que habla a favor de la benignidad de este cuadro eléctrico es la desaparición del BAV al realizar ejercicio físico, que nos habla sobre una buena competencia cronotrópica del paciente.

En mi caso seguiría al paciente cada 3 o 4 meses realizándole ECG y Holter.

Dr. Geovedy Martínez García
Residente de Cardiología
Instituto de Cardiología, Cuba
