

Tormenta arrítmica en paciente portador de miocardiopatía chagásica - 2013

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimados amigos

Me gustaría oír la opinión del Foro sobre este casito.

47 años. Tormenta arrítmica en paciente con cardiomiopatía Chagásica con un desfibrilador automático implantable (17 choques apropiados en 24 horas). Toma a seguinte medicação:

losartana 25mg, amiodarona 200mg, espirolactona 25mg, carvedilol 50mg/dia, warfarina 5mg.

Eletrolitos normales

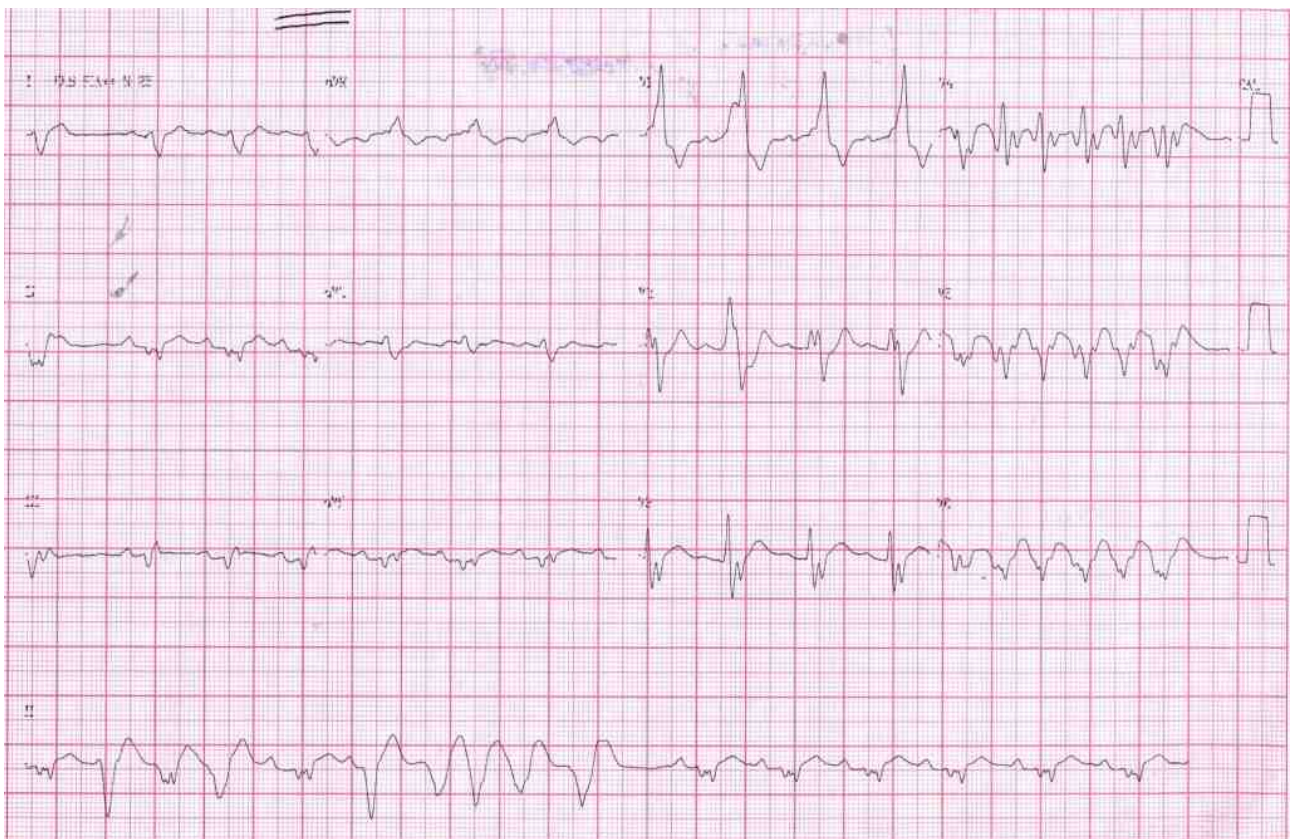
Inicialmente tenía buena respuesta después de infusión continua de amiodarona intravenosa y sedación. Sin embargo después de 72 horas volvió al presente más apropiado shock 2. Está esperando con ablación

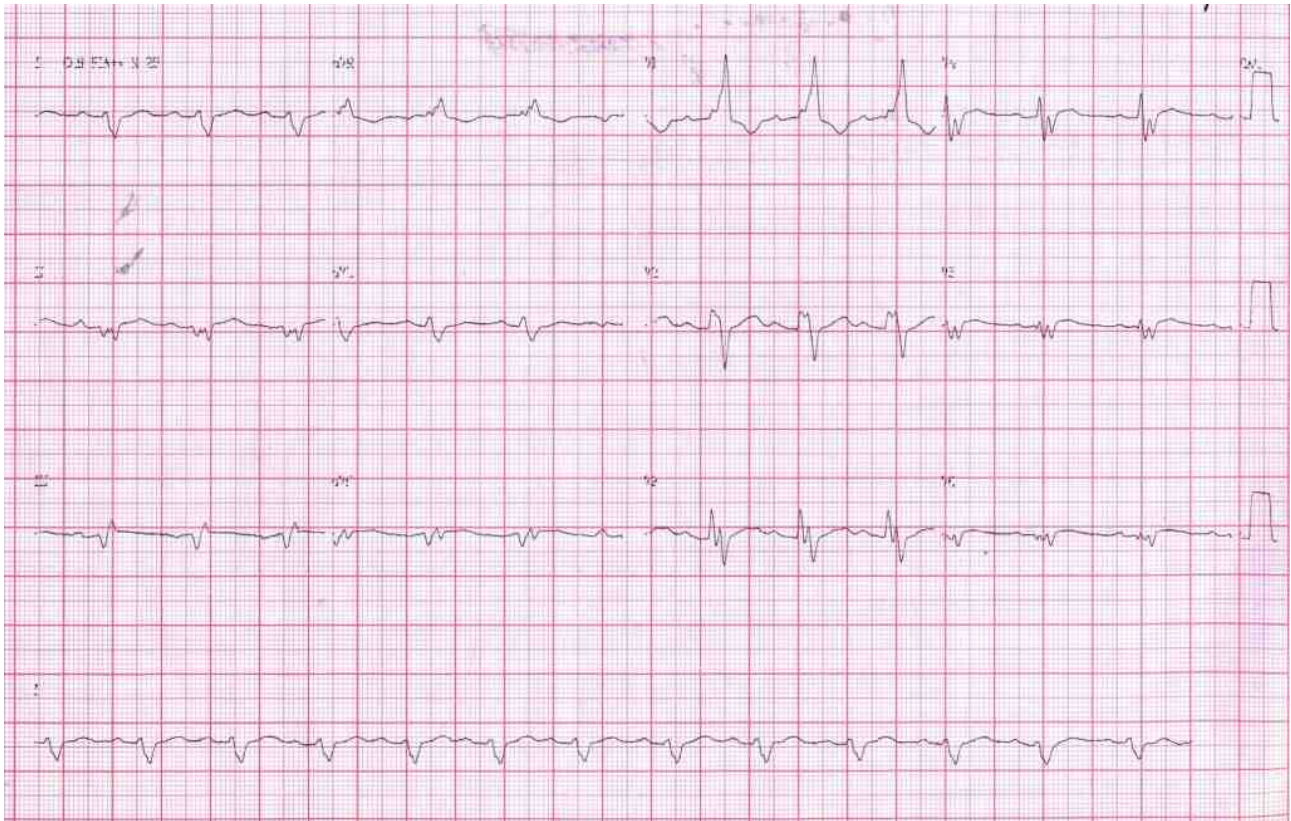
¿Qué otras opciones de tratamiento ?

¿Alguna experiencia con dosis alta de mantenimiento de la amiodarona?

Un abrazo

Raimundo Barbosa Barros





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Raimundo

Para poder opinar de este caso sería necesaria la siguiente información:

1. Tipo de ICD (single/doble cámara), modelo, actual programación al momento de los choques, los snapshots de algunos de los eventos y los electrogramas de dichos eventos (por lo menos dos o tres).
2. Qué drogas y dosis tomaba al momento del ingreso y cómo se manejaron las drogas desde su admisión
3. Saber si el grupo de ablación tiene posibilidad de acceso epicárdico (altamente recomendable en la ablación de la TV chagásica; ver papers de Eduardo Sosa y M. Scanavacca del INCOR de Sao Paulo)

Saludos, una alegría verlo de nuevo por el foro!

Adrián Baranchuk (AB)

Mañana voy a tener las otras informaciones solicitadas por el Dr. Adrian

Drogas al momento del ingreso:

carvedilol: 50mg/dia; losartana 25mg/dia; amiodarona 200mg/dia; espironolactona 25mg/dia; warfarina 5mg/dia

Después de su admisión fue asociado infusión de amiodarona y sedación.

El grupo de ablación no tiene experiencia con acceso epicárdico

Raimundo

Hola

Por ahora:

1. Concuerdo con pasar a Amio IV por lo menos 1 gr IV en 24 horas, por dos a tres días.

2. Sedación es muy buena para frenar tormentas.
3. No enviaría este caso a un grupo sin experiencia en ablación epicárdica. Transformar un caso endocárdico en epicárdico requiere experiencia (porque el paciente YA estará anticoagulado) o sea, hay que ganar acceso epicárdico en un pte que estuvo recibiendo heparina IV.
4. Lo que te sugiero mientras buscas los parámetros de programación (tanto de taqui como bradi; no te olvides que los parámetros de bradi, pueden ser esenciales para reducir los episodios corto-largo-corto; como lo demostramos en pacientes chagásicos hace varios años con Rabinovich- (ver Arch Radiol. Mex creo que 2009- Modos de inicio de taquiarritmias ventriculares en pacientes chagasicos) para descartar efectos proarrítmicos del CDI.
5. En preparación PARA la ablación, le suspendería la Warfarina y lo dejaría con un goteo de heparina IV que se puede frenar 6 horas antes del procedimiento

Salud y espero más datos

AB

Queridos Raimundo y amigos:

Voy a enfocar mi comentario desde otro punto de vista del que ha dado Adrián, el de la etiología chagásica.

El ECG es francamente sugestivo de Chagas: QRS francamente ensanchado con BCRD + HbAI + probable BDAM (bloqueo divisional anteromedial) sospechado por la R' tan prominente en V1. Se observan Q diafragmáticas sugestivas de necrosis o fibrosis inferior y una TV polimorfa

Sería interesante realizar un estudio parasitológico directo en búsqueda de T cruzi, con microhematocrito o Strout, para descartar que una reactivación estuviera involucrada en el origen de las arritmias ventriculares. Esto debiera realizarlo un laboratorio acostumbrado a lidiar con tripomastigotes. Recordemos el caso de la semana pasada: si se hubiera realizado un test parasitológico, se hubiera podido prescribir benznidazol y quizás la evolución hubiese cambiado.

Otro comentario vinculado sería la indicación de una cardioresonancia magnética en búsqueda de realce tardío; en manos entrenadas el análisis del realce puede ayudar en localizar las zonas ablacionables.

Por último, la dosis oral de amiodarona en este caso me parece muy baja- Nosotros hemos llegado a indicar en casos similares entre 800 a 1000 mg con control de la arritmia. Y no descartar la posibilidad de transplante.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Edgardo

No se puede realizar RNM ya que tiene un CDI.

saludos

AB

Uhhhh, Adrián!!!

Gracias por hacerme la observación del CDI que es una contraindicación absoluta para hacer una resonancia

Menos mal que me corregiste

Un abrazo

Edgardo

Estimado Raimundo, ¿está seguro que está chocando TV sostenida o se trata de una Fibrilación de alta respuesta ventricular que recibe descargas del CDI?

En el primer trazado y segundo trazado el eje eléctrico y la morfología de los QRS son similares, en el primer trazado en la tira de V4 a V6 se observa una taquiarritmia de 150 por minuto con el mismo patrón que el 2 ECG en ritmo sinusal.

¿Tiene algún registro de la taquicardia ventricular referida?

Como interpreto que se trata de una fibrilación auricular de alta respuesta ventricular en el trazado enviado comparto con el master Edgard aumentar dosis de amiodarona, hasta 1200 mg día, obvio no para tratamiento crónico sino para controlar la arritmia del paciente, Un abrazo

Martin Ibarrola

Hola Edgard

Vale la pena aclarar:

1. En la actualidad ya tenemos marcapasos que son RNM compatibles. En Queen's se los ponemos a todos aquellos que tienen una enfermedad en curso donde se necesitara RNM y a veces también, a los jóvenes, que por solo una cuestión temporal, estarán más tiempo expuestos a una posible necesidad de RNM.

2. También tenemos "loop implantables" que son RNM compatibles. No todas las familias de Reveal son compatibles pero la XT si lo es. El Lunes implanté un muchacho que necesitaba una RNM porque tenia síncope con convulsiones.

3. Los CDI RNM vienen marchando pero aún no están debidamente probados. No recuerdo si Europa está implantando (tal vez alguien que haya estado en Europace en Grecia nos pueda contar) pero en Canadá no están aprobados.

SALudos

AB

Edgardo ...

No es una contraindicación absoluta , después de 6 meses de implantados y si se establece una programación antiteslaantes del procedimiento de MRIy se reestablece su programación original postestudio, haciendo las verificaciones de:

Impedancias de Electroodos , pre y post estudio
Batería interna pre y post
Umbral de estimulación pre y post
Umbrales de detección pre y post

Se prefiere colocar sistemas Pro MRI para aquellos pacientes que podrían tener posibilidad de estudios en su progresión de vida ya que se sabe que aprox un 75% de los pacientes que se les implanta un dispositivo cardíaco, necesitarán una MRI en el transcurso de su vida postimplante

Existen experiencias en diferentes partes del mundo, que hasta 1.5 Tesla, existe seguridad de utilización de MRI en pacientes con dispositivos cardíacos, preferiblemente con área de exclusión relacionada a corazón. (Puedo enviarte bibliografía abundante si estás interesado)

Saludos

Mauricio Rondon MD
Seccion de Electrofisiologia y Marcapasos
Servicio de Cardiologia
Hospital Universitario de Caracas- Venezuela

¡Gracias Mauricio!
Te pregunto si los dispositivos viejos brindan la posibilidad de la programación antitesla.

Me interesa la bibliografía
Un abrazo

Edgardo

En Norteamérica SE PROHIBE el uso de MRI en dispositivos NO compatibles. Si pasa algo, vas a juicio

AB

Adrian

En Norteamérica vas a juicio pase o no pase nada así es que esa no es la medida el punto es algo más opciones para un paciente que necesita el estudio y que tiene un dispositivo ya que la garantía del equipo no está cubierta, por ahora, a campos magnéticos.

Los trabajos publicados, gran parte son de Europa, pero igualmente existen trabajos realizados en Norteamérica y presentados en congresos como el HRS

Existen trabajos con 1.5 y hasta 3 tesla, trabajando con seguridad y sin alteraciones aún en los sistemas antiguos .- Sabemos que a mayor cantidad de material ferromagnético el riesgo es mayor y no digo que no exista riesgo, pero la relación riesgo beneficio en algunos casos de pacientes con urgente necesidad del estudio, van a favor del beneficio.

Todos los sistemas. aún los proMRI (llamados compatibles a la MRI), deben ser previamente programados y poder eliminar todos los sistemas automáticos y tratar de hacer menos sensible los circuitos y el software a los efectos magnéticos .- Igualmente es de hacer notar que algo bien importante son la presencia de electrodos viejos o abandonados, los cuales si representan un riesgo mayor.

En la actualidad, la mayoría de las casas están igualmente configurando electrodos de carácter protegido a la MRI para evitar el recalentamiento del mismo

Igualmente existe un área de exclusión, considerada como de mayor riesgo para el sometimiento al estudio, desde el plano transtorácico, hasta el plano transclavicular....

Edgardo, te enviaré toda la bibliografía por tu correo personal es algo pesada

Saludos

Mauricio Rondon
