

Mujer de 45 años, chagásica, con mareo muy intenso y taquicardia de QRS ancho – 2015

Dr. Ricardo Paz

Les presento un caso de paciente internada en Hospital Regional Ramón Carrillo de Santiago del Estero, Capital

Mujer de 45 años que hace 6 días siente mientras tomaba mate que "se le puso una cortina negra en la vista durante 2 min". No se cae, no se desmaya. En las subsiguientes 5 horas refiere epigastralgia, calor, sudoración y por ultimo palpitaciones hasta que es llevada al Hospital de La Banda distante 25 km de su domicilio (campo) donde se le realiza ECG y de allí es derivada a la guardia del Hospital Regional.

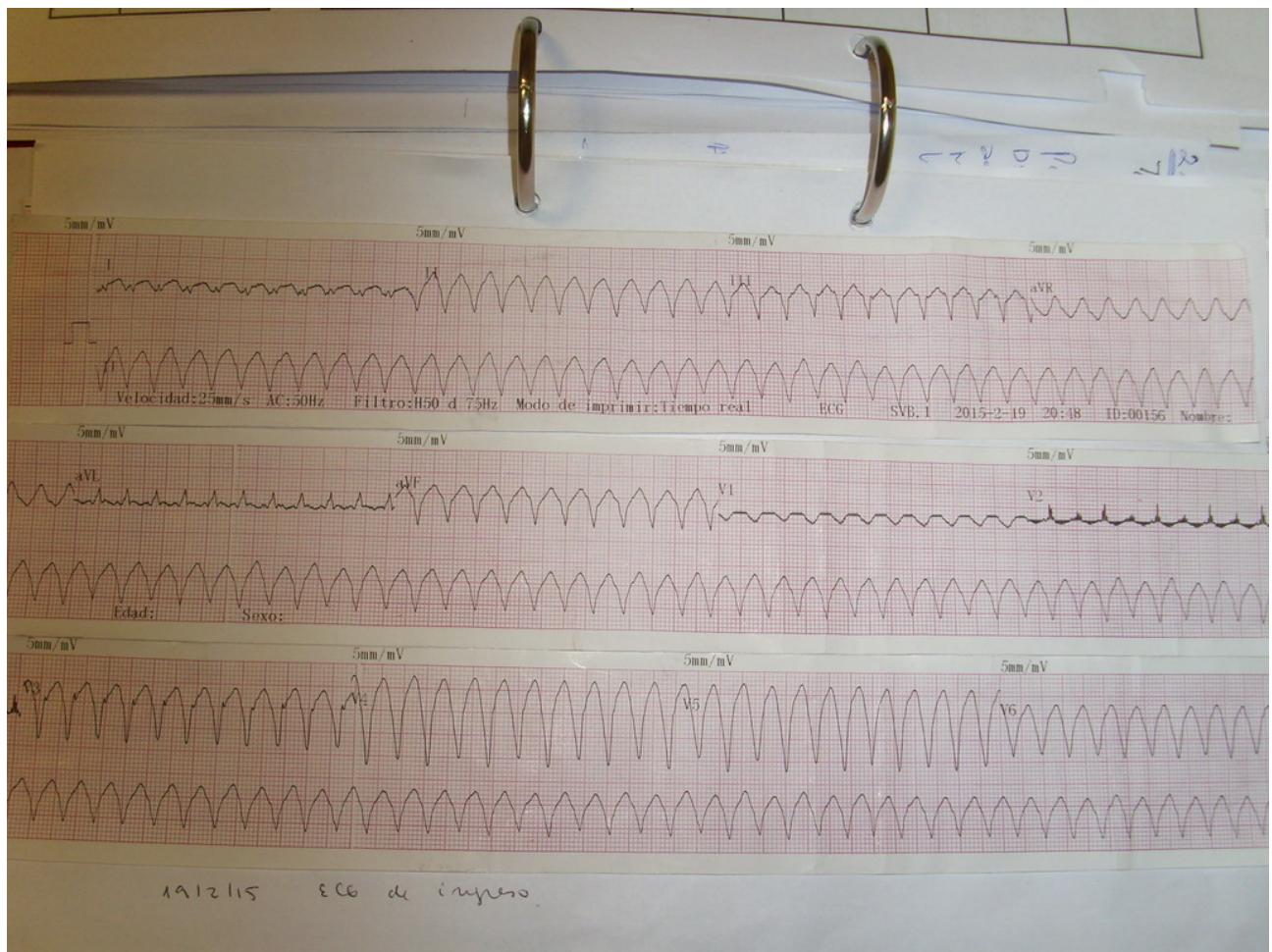
APP: - chagásica en tratamiento desde el 2004 con amiodarona 2 comp por dia y carvedilol 12,5.

- ACV en 2004

En la guardia es tratada inicialmente con carga de amiodarona y luego CV eléctrica

Envio los 3 ECG: ingreso, carga de amiodarona y post CV

Ricardo Paz
Santiago del Estero



APELLIDO: 12

ER
LA

1mV 25mm FIL

1 ml 25%

50 L

CARGA DE I AMMOARONA

1mU 25mm FIL

1 mL 25 mm ETI

1701

10

三三

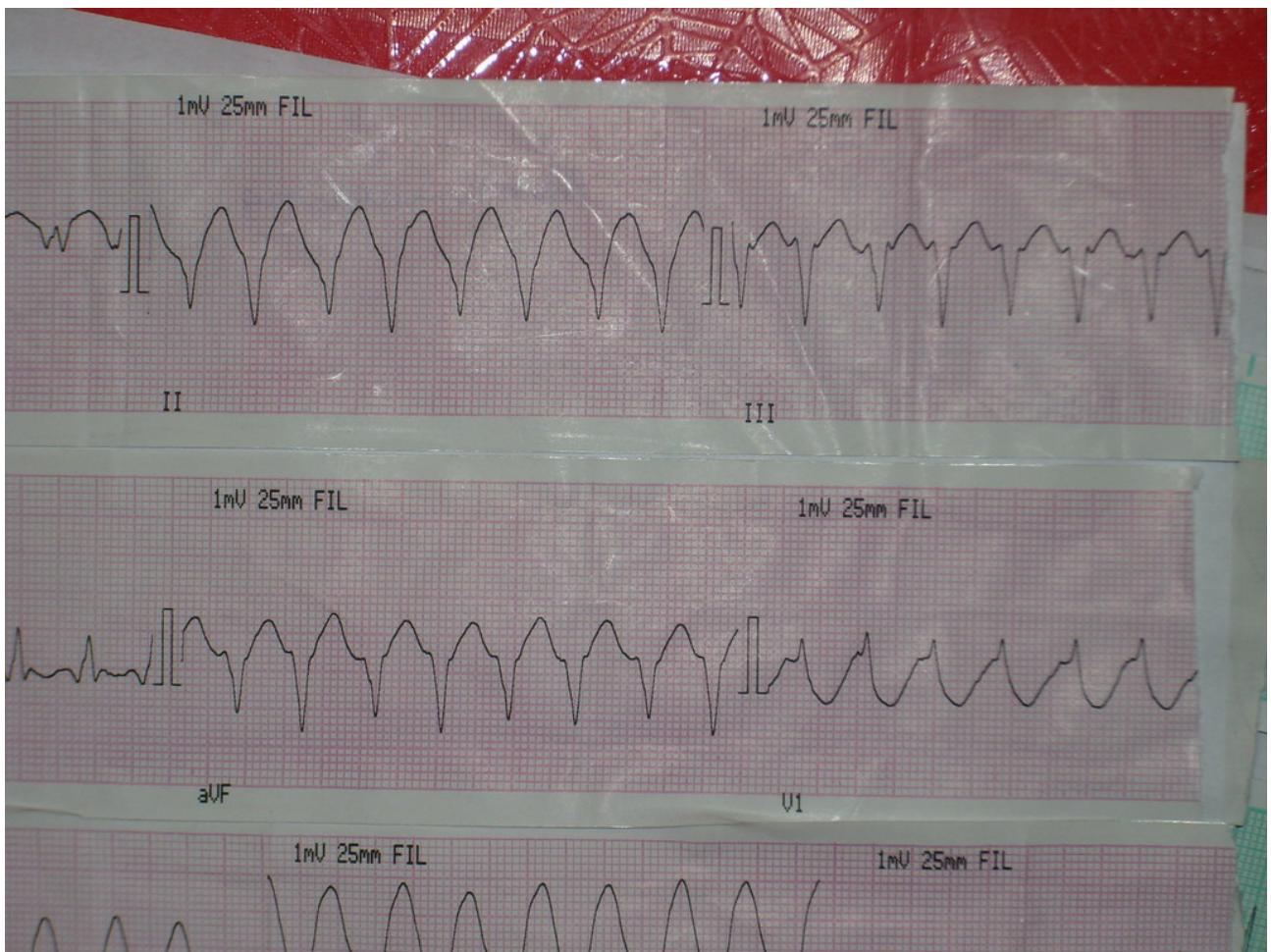
311E

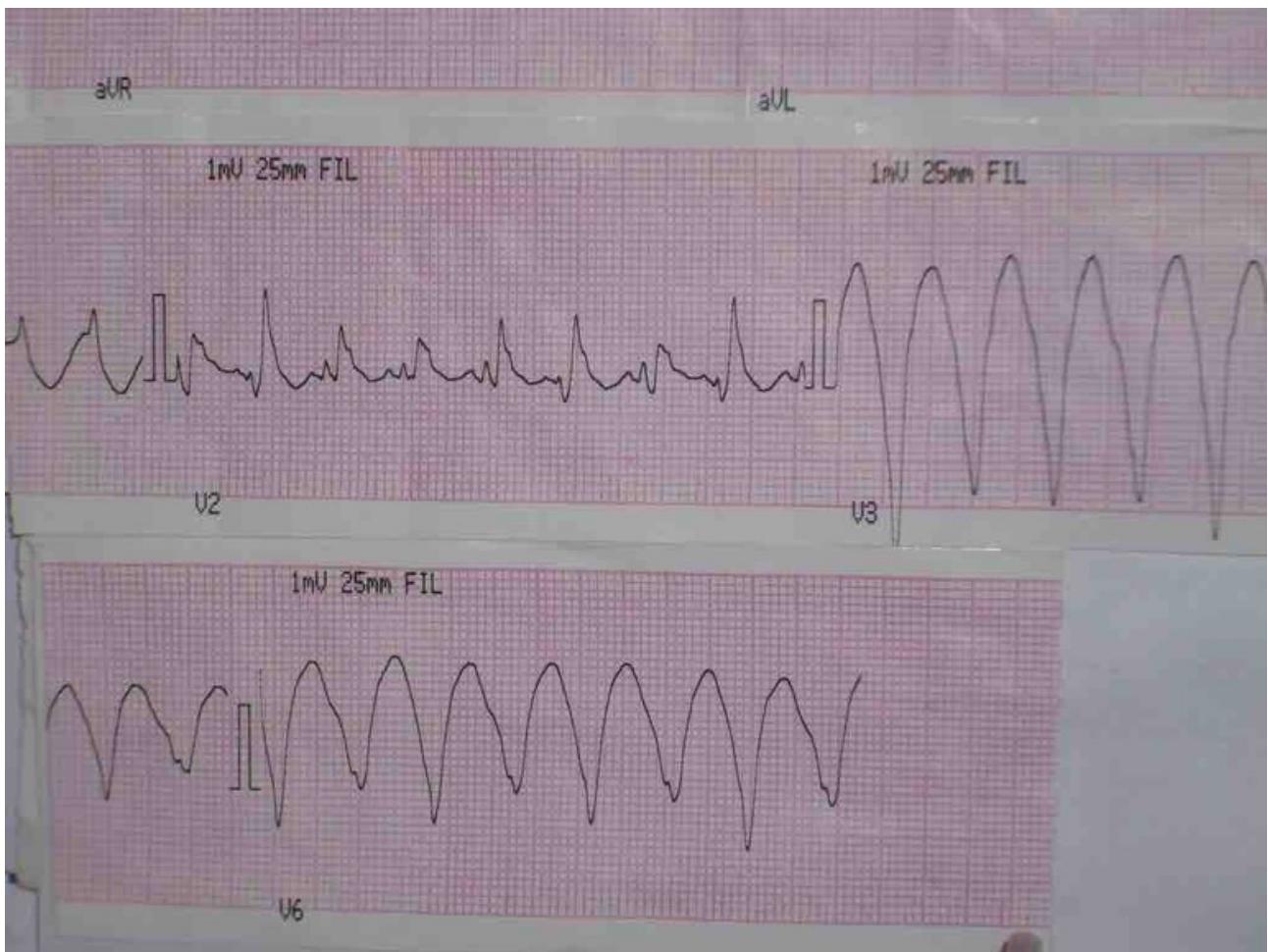
1xU 25mm FIL

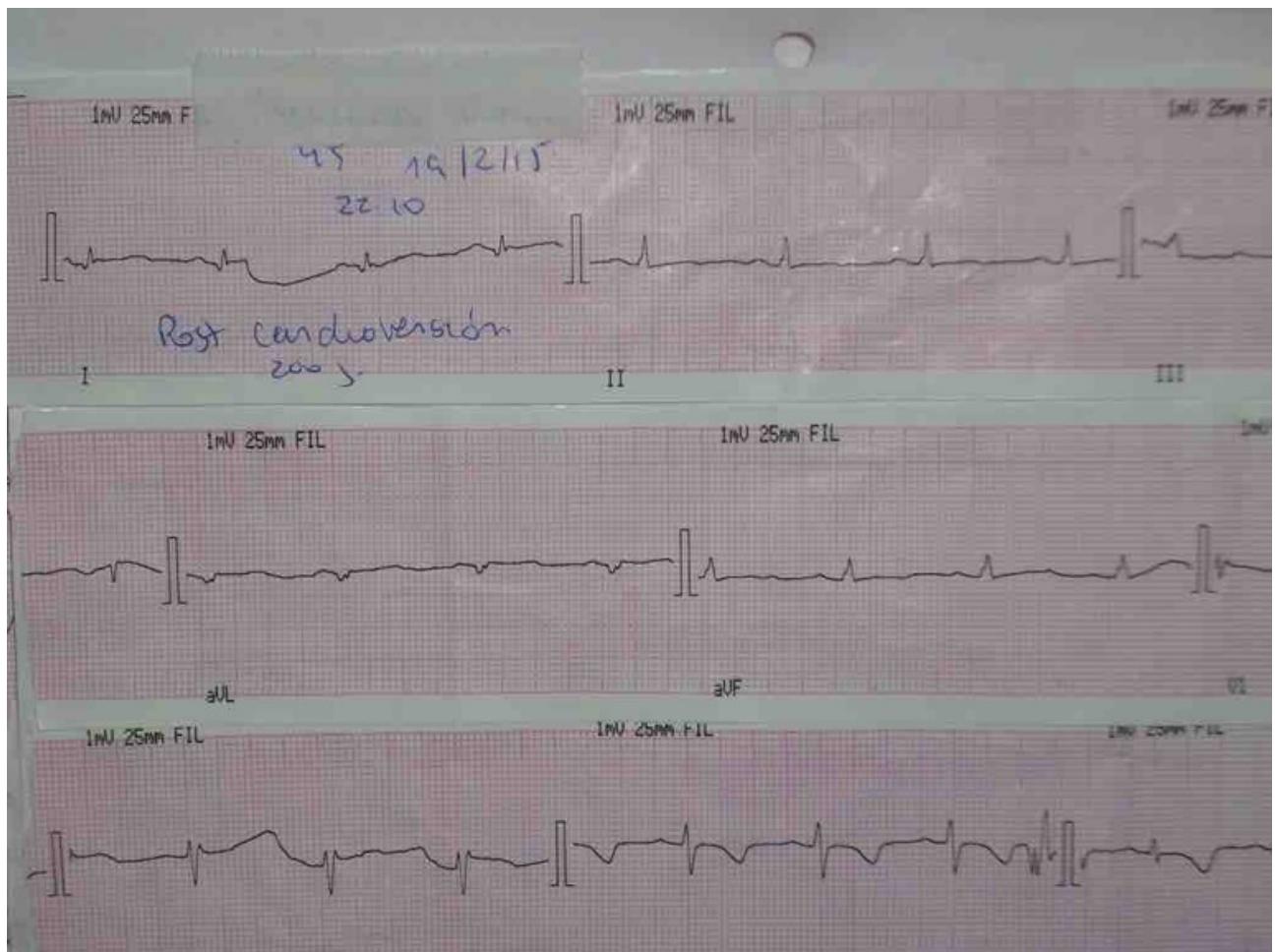
1mV 25mm FIL

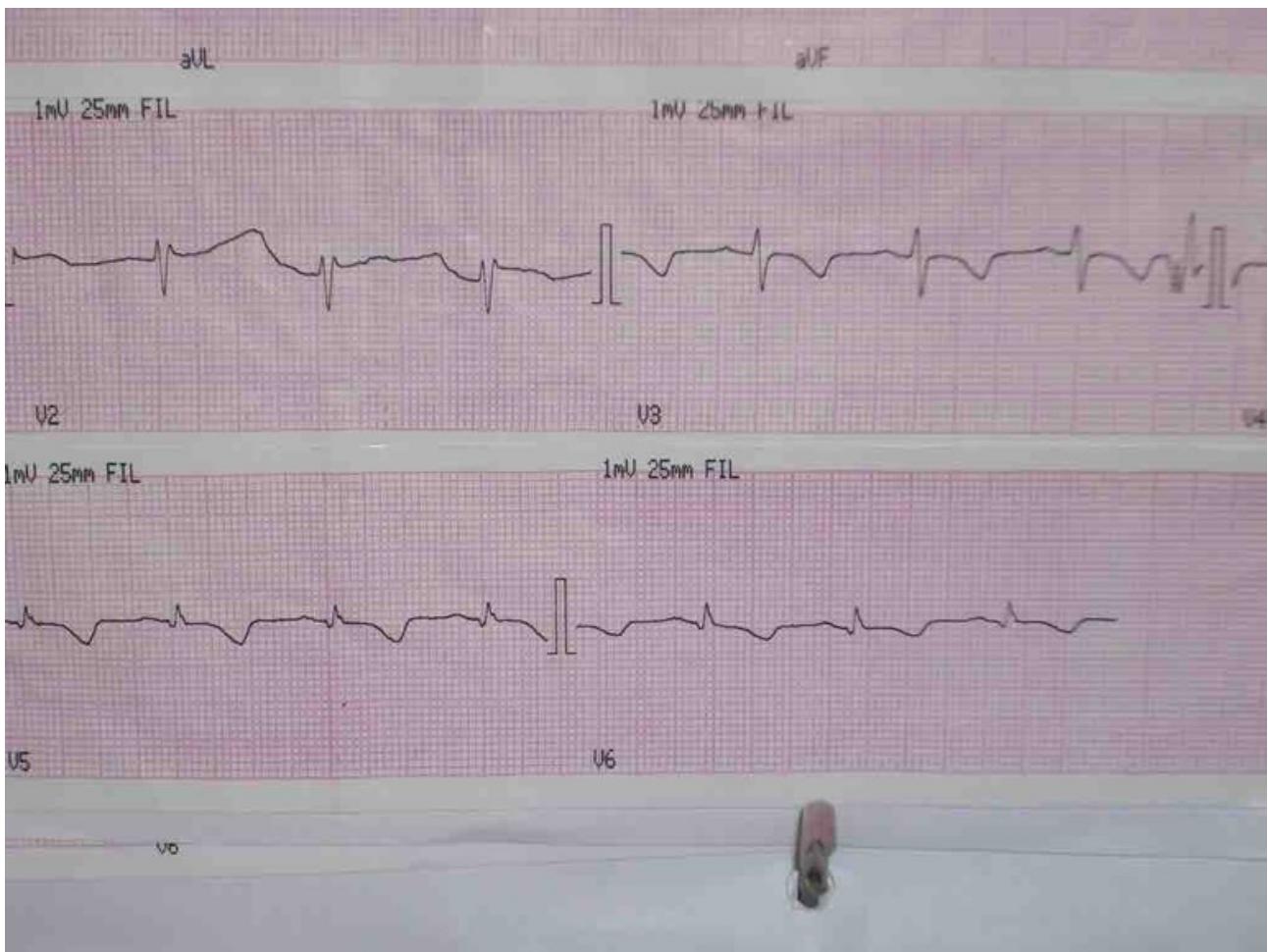
100

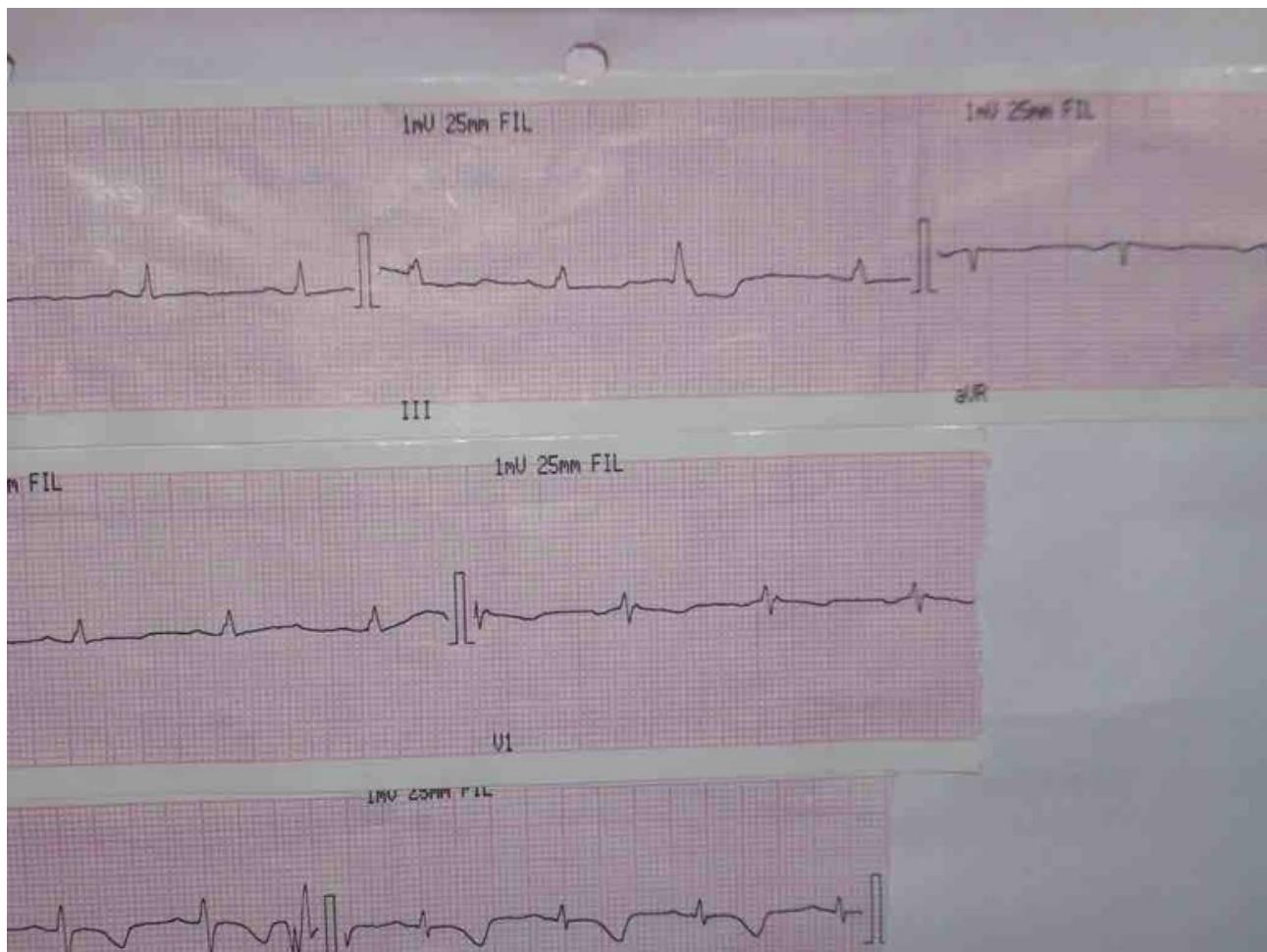
IL











OPINIONES DE COLEGAS

Hola amigos

En relación a la paciente presentada por el Dr. R. Paz opino :

1- ECG de la taquicardia a QRS ancho regular, utilizando criterios de:

Wellens : QRS de 160 ms, eje a izquierda, R en VI > 40 ms

Brugada : ausencia de RS en precordiales.

Vereckei : R inicial en aVR, índice vel inicio / veloc final de onda R > 1

Pava: tiempo al pico en DII > 50 ms

orientan a:

TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA SOSTENIDA

2- Por la orientación de eje de la TV con eje hacia arriba y a izquierda se origina en zona inferior- apical de VI

3- ECG post cardioversión con ritmo sinusal muestra fibrosis de segmento íferolateral de VI

4- todo lo anterior en contexto clínico de Enfermedad de Chagas, paciente joven y con antecedentes de ACV orienta a diagnóstico de:

T.V.S por Miocardiopatía chagásica crónica con **ANEURISMA VENTRICULAR APICAL Y POSTEROBASAL DE VI**.

Descartar además presencia de trombo intraventricular con Ecocardiograma fundamentalmente vista apical 2 y 4 cámaras (¿se realizó?)

Saludos

Juan José Sirena
Centro de Chagas de Santiago del Estero

Hago una pregunta, también como para esperar más opiniones de los foristas. Cuando la taquicardia baja la frecuencia después de la infusión de amiodarona noto una **alternancia eléctrica** en precordiales especialmente V4, V5, V6. *Esto es así? O ¿qué fenómeno se está produciendo allí? ¿O es despolarización auricular?

Luego de la excelente aproximación diagnóstica del Dr. JJ Sirena les comento la evolución de la paciente

Fue internada en Urgencias del Hospital Regional y finalmente tratada con CVE con reversion a RS.

Repitó los episodios de MS en 3 oportunidades a pesar del tratamiento médico requiriendo nuevas CVE; episodios oligosintomáticos.

Se le solicita la colocación de CDI y en la espera se le solicitan los estudios cardiológicos ecocardiodoppler y CCG

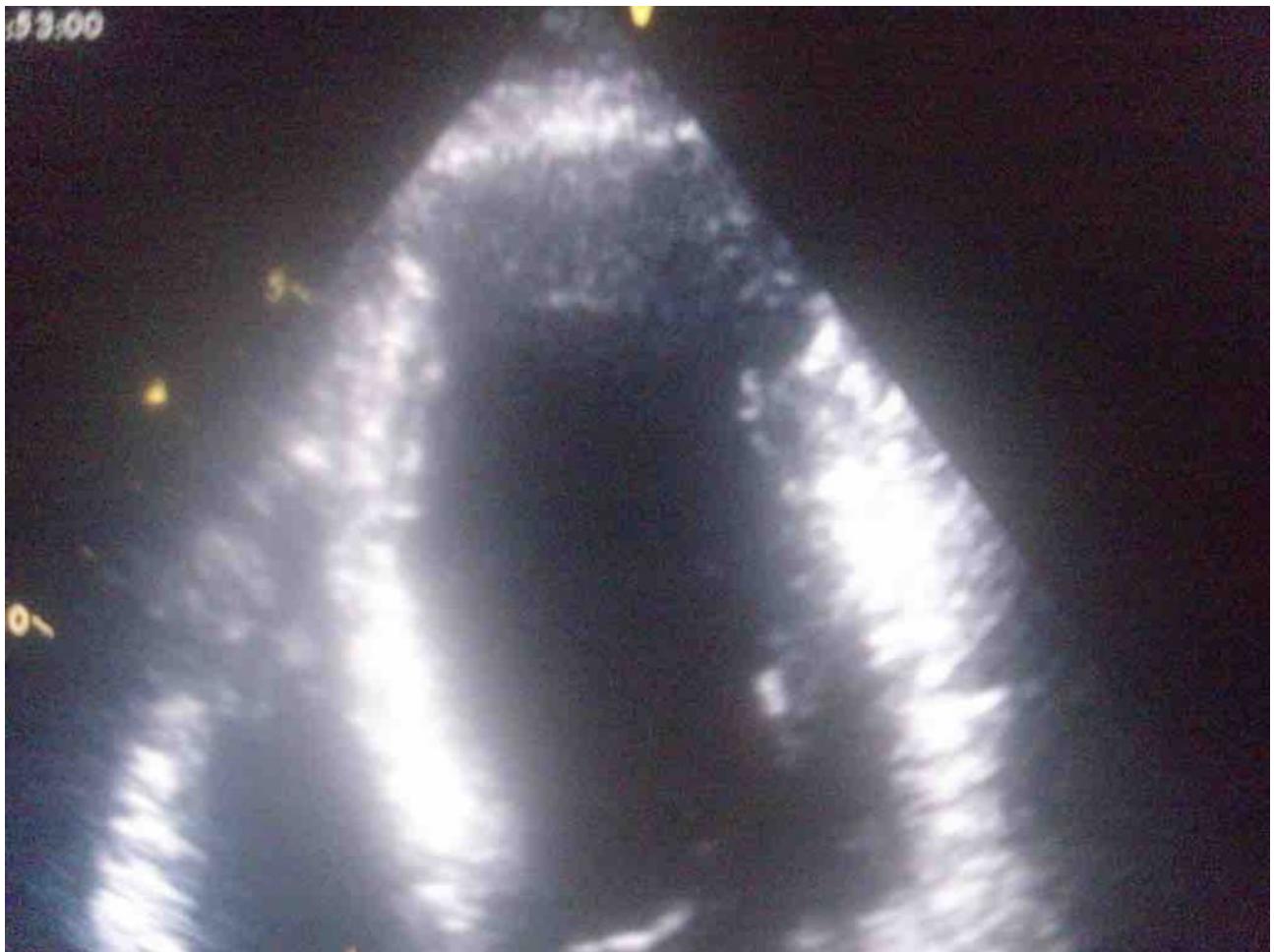
Al hacer el ecocardio nos encontramos con las siguientes imágenes

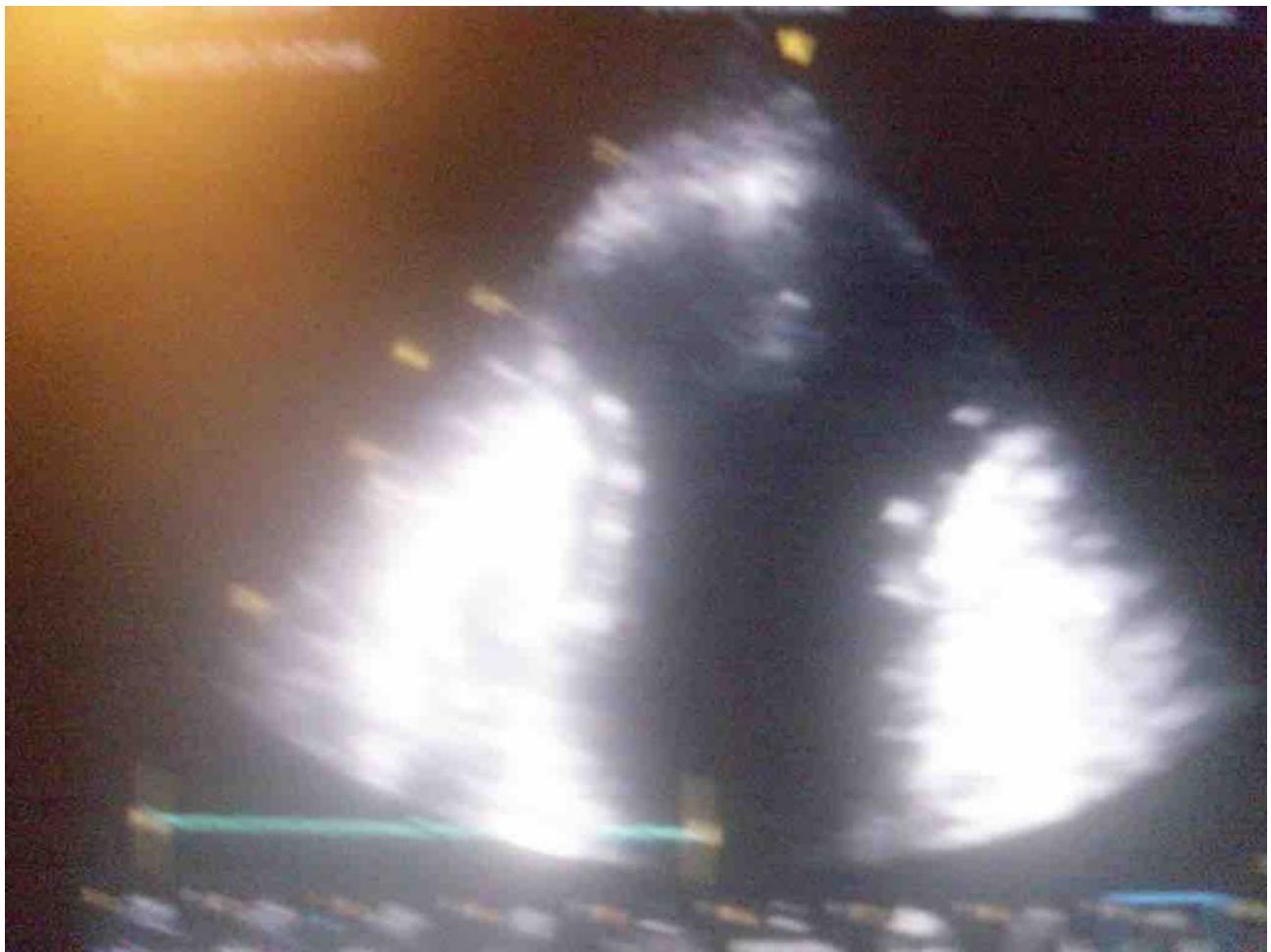
¿Qué opinan? ¿Cuál sería el tratamiento ahora? ¿CDI solo? ¿CDI y cirugía?
¿Corresponde cirugía? ¿Primero CDI y luego cirugía o a la inversa?

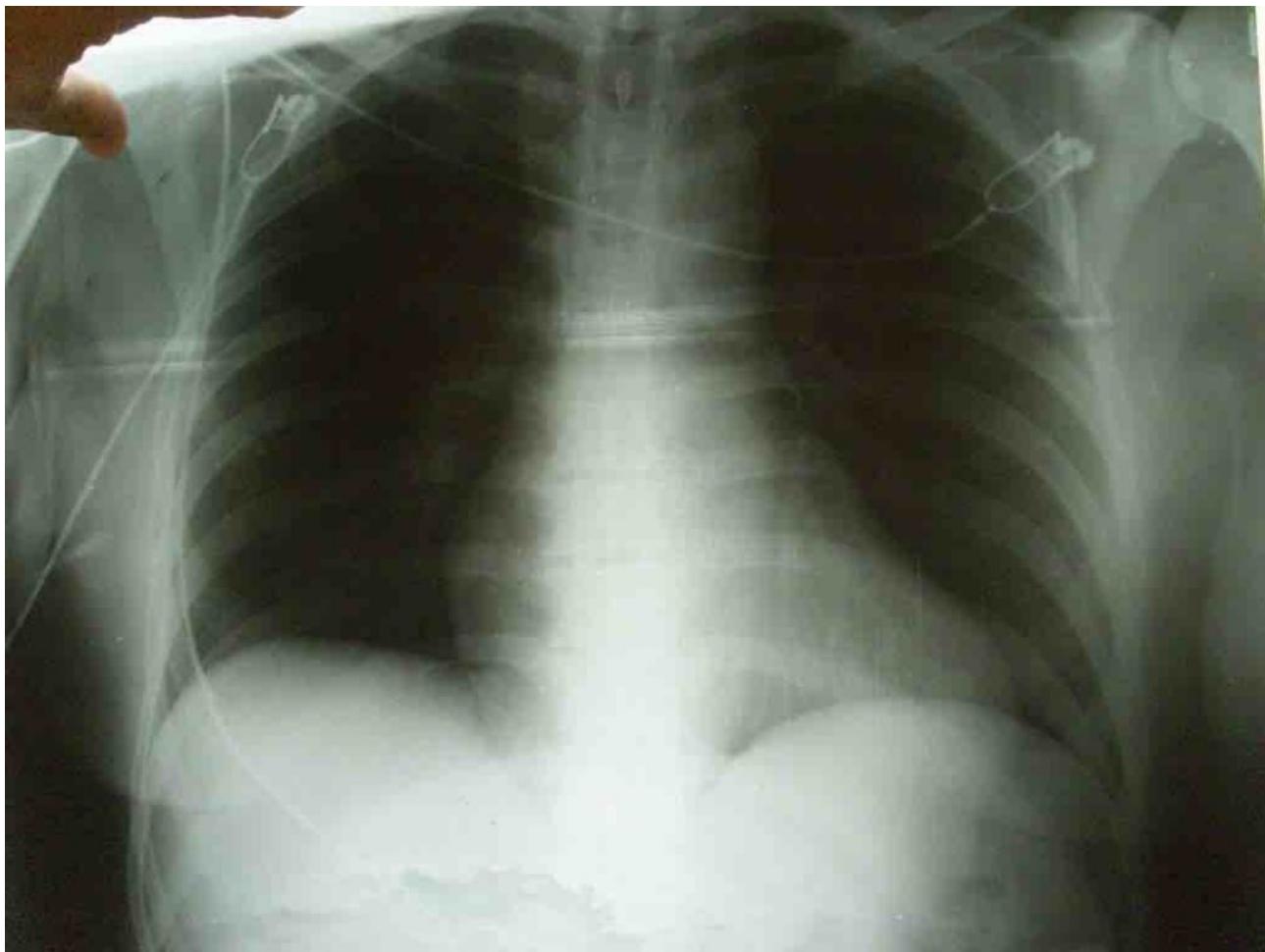
En ese debate estamos ahora.

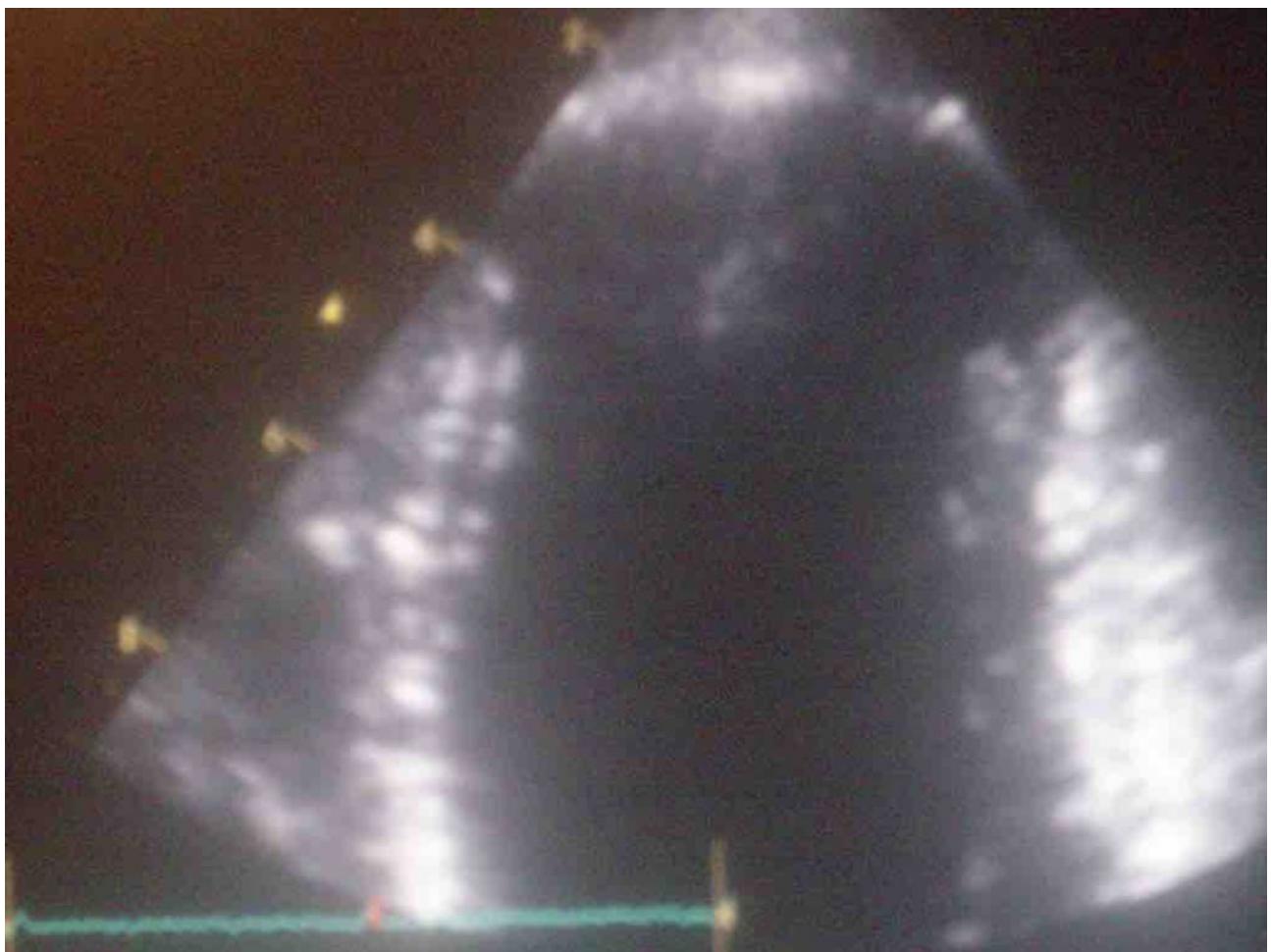
PD: hay un video del eco que me gustaría compartir. Voy a ver con el Dr Edgardo cómo hacer para enviarlo a todos.

Ricardo Paz

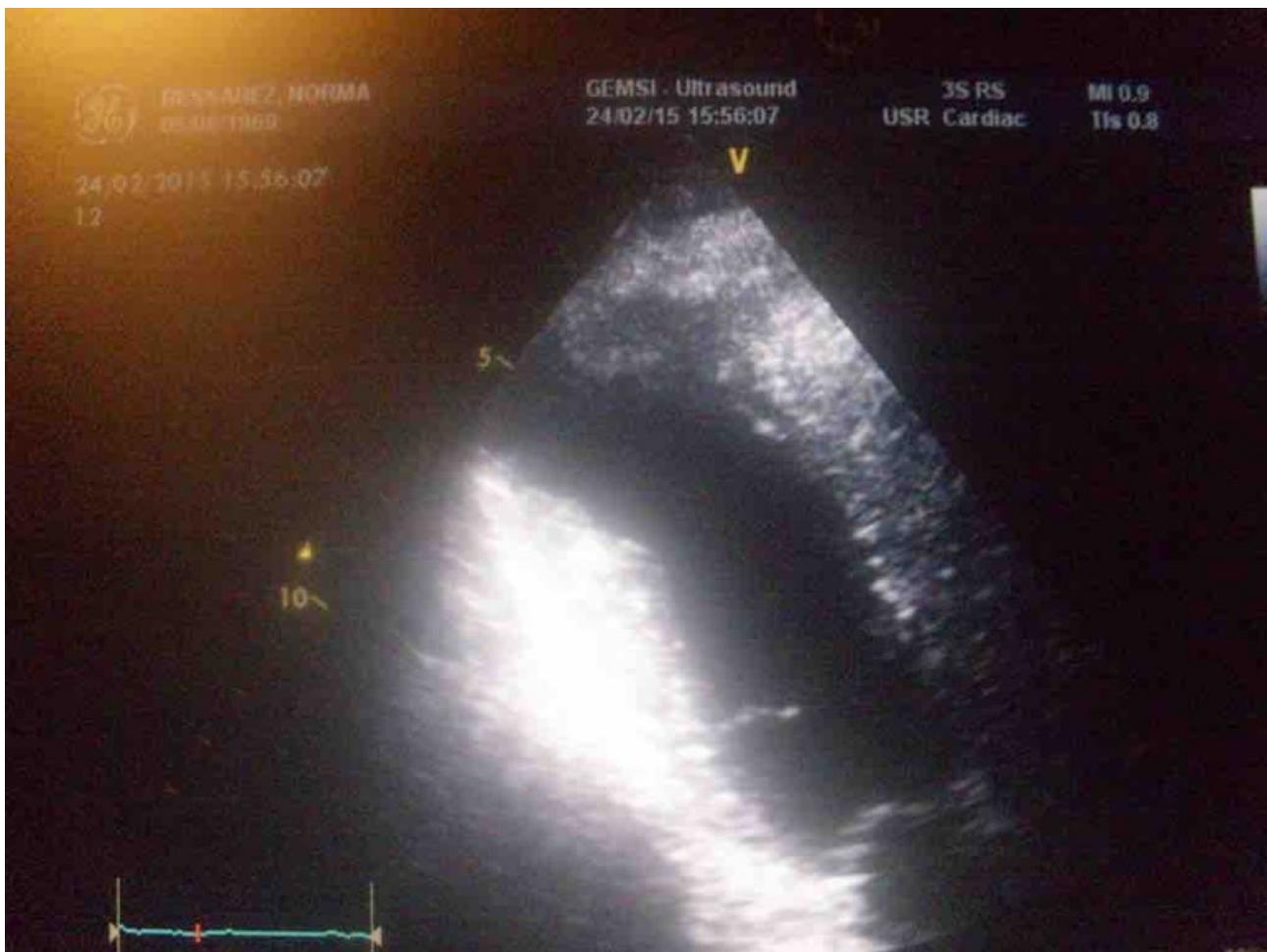












Estimado Ricardo Paz

Acho que as 2 medidas são indicadas mas elegeria como prioritária o CDI.

Gracias

Adail Paixao Almeida

Querido Edgardo.

Retribuyo tu saludo con todo mi afecto y paso a comentarte mi opinión sobre el problema de la paciente que por cierto es verdaderamente complicado.

En primer lugar un comentario sobre la "virulencia" de los tripanosomas santiagueños.

Para Rosenbaum, que había recorrido prácticamente todo el país con Cerisola, las miocardiopatías de esa provincia (siempre se refería a Ojo de Agua) eran las más severas.

El daño miocárdico de esta paciente es increíble y el aneurisma ventricular es sin duda el substrato de la arritmia cuyo lugar de origen debe estar en la "boca" del aneurisma.

Es evidente que la amiodarona ya no es capaz de evitar la aparición de la TV a pesar de las altas dosis recibidas durante tantos años.

Precisamente, por la dosis que recibía, imagino que ha tenido formas complejas y malignas desde hace años.

Cuando teníamos mexiletina, combinada con amiodarona era posible controlar algunos de estos casos.

¿Qué conducta seguir?

Una posibilidad, quizás la menos cruenta, sería intentar la ablación del foco, habida cuenta que es siempre el mismo y que el procedimiento sea llevado a cabo en un lugar

debidamente equipado como para realizar mapeo electro-anatómico por un electrofisiólogo experimentado.

Esto combinado con el implante de un CDI más tratamiento farmacológico con amiodarona en dosis menores combinada con flecainida en dosis de 50 mg cada 12 horas.

Íntimamente pienso que la ablación no va resolver el problema en el largo plazo. De todos modos, esta conducta, bajo un rigurosos monitoreo de la eficacia y seguridad del tratamiento, permitiría discutir y evaluar la cirugía del aneurisma que considero un paso inevitable en el futuro (quizás perentorio) de esta paciente.

La cirugía del aneurisma debe ser cuidadosamente evaluada por un equipo multidisciplinario, que de ser exitosa será acompañada por el implante de un CDI y el tratamiento farmacológico correspondiente.

El implante de un CDI en estas condiciones, como única terapéutica, está contraindicado al menos por ahora, dada la presencia de episodios reiterados de TV y refractariedad al tratamiento farmacológico.

Por último, dada la edad de la paciente y las eventuales dificultades en el manejo global de su patología, sólo queda el trasplante como alternativa.

Creo que el tratamiento de la paciente debe ser muy cuidadoso y escalonado.

Lo que más urge, hasta tanto se piense en soluciones más heroicas, es el control de la arritmia: Probar la asociación de amiodarona y flecainida.

Cualquier duda, hablamos por TE.

El caso es para una larga discusión en ateneo con todos los "entendidos" en este tema!!.

Un abrazo,

Marcelo V. Elizari

Teniendo algo de tiempo hoy domingo a la mañana me intrigó el caso!

Vemos muchos de estos pacientes en el Hospital Córdoba.

Y muchos de ellos vienen del Norte de la Provincia de Córdoba y de Santiago del Estero, y es frecuente que vivan en Ojo de Agua y alrededores!

Debo decir que la mayoría de nuestros aneurismas, por lejos, en estos pacientes Chagasicos son de la cara inferior, basales.

Estos por la anatomía, muchas veces comprometiendo el pilar posterior mitral, no son aptos para la cirugía, pero sí algo más aptos para ablación por RF, sobre todo cuando esta indicación es hecha frente a numerosos episodios de TV a pesar de fármacos y ya teniendo un CDI.

Nuestra conducta en un paciente chagásico con TV a pesar de fármacos y con un aneurisma apical como tiene esta paciente es sin dudas la cirugía y en principio sin CDI. Luego del post operatorio se evalúa la situación (seguimiento, EEF) para ver si se implanta CDI.

Saludos y perdón por entrometerme tarde!

Jose Luis Serra

La pérdida súbita de la visión sin pérdida de conocimiento puede deberse a una obstrucción de la arteria retiniana central debido a un coágulo.

Según mi experiencia con respecto a la arritmia las taquicardias ventriculares en un corazón chagásico con aneurisma son de difícil reducción a pesar de la medicación y/o la cardiodesfibrilación.

Saludos

Eduardo Quiñones
