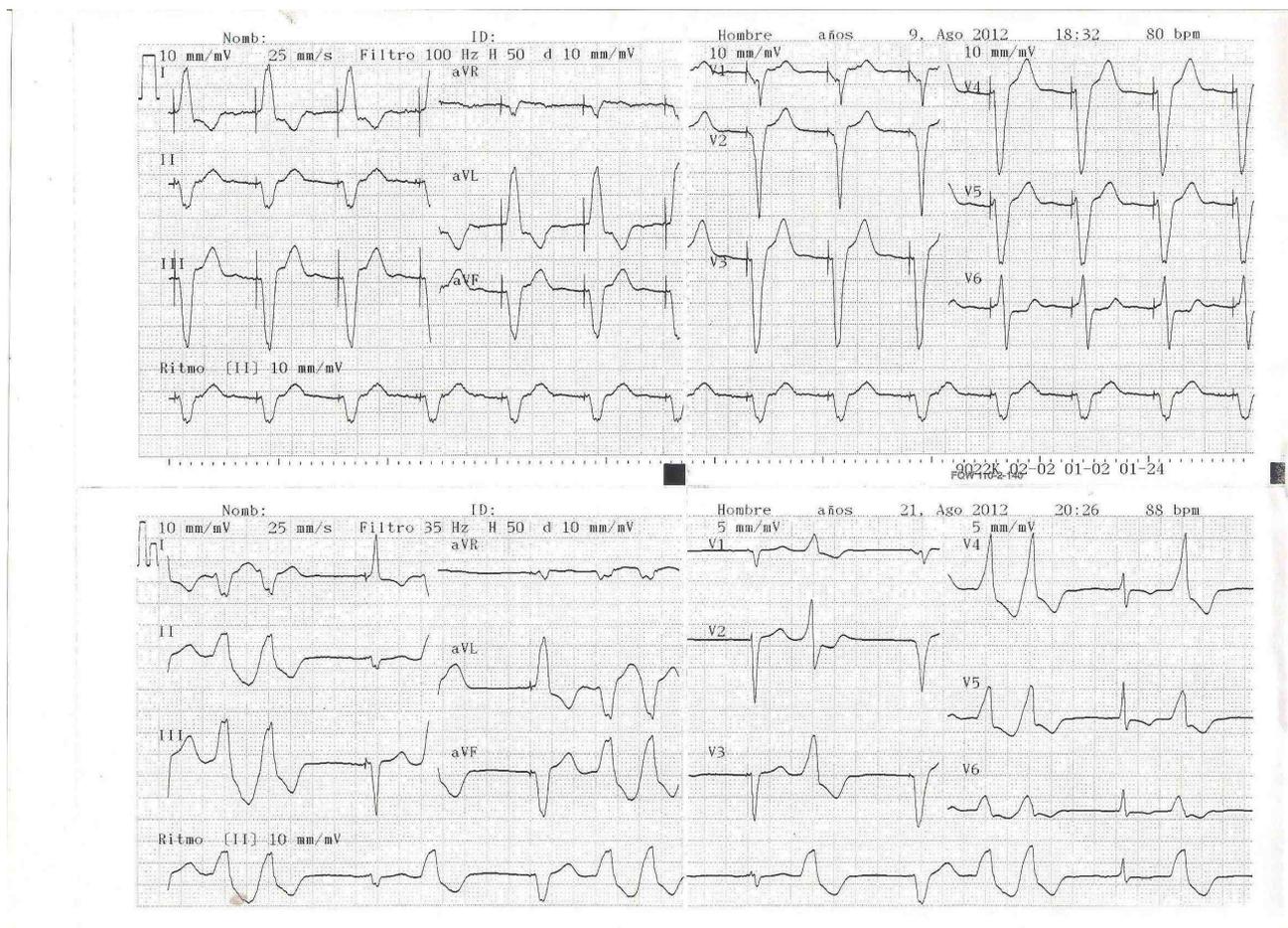


# Paciente de 66 años con insuficiencia cardíaca III – IV NYHA – 2012

Dr. José Cayetano

Paciente de 66 años portador de CA de próstata. IC III-IV NYHA. EKG al ingreso y el del día de hoy. Agradezco vuestra valiosa opinión acerca de los mismos , gracias.

Jose Cayetano



## OPINIONES DE COLEGAS

Hola José

Omitiste contarnos que el paciente tiene un marcapasos, posiblemente unicameral en modo VVI o VVIR posicionado en el apex del VD, normofuncionante.

Se ven extrasístoles ventriculares que provienen del tracto de salida del VI o de la continuidad mitroaórtica, hay algún latido de fusión también.

Habría que conocer más la historia del paciente, el tipo de marcapasos, las posibles causas de la ICC y el estado metabólico y ácido base.

SAlud  
Adrián Baranchuk

---

Estimados amigos

Mi opinión:

ECG 1 . del 9 agosto :

1- ritmo de marcapaso en modo VVI a 70 por minuto, posiblemente (por el eje eléctrico hacia arriba) con estimulación apical de VD

2- retroconducción VA (Observar P retrógrada en III), por lo que pensaría que el paciente pueda tener un SINDROME DE MARCAPASO POR PERDIDA DE SINCRONISMO AV Y ESTIMULACION APICAL

ECG 2 del 21 agosto

1-ritmo intrínseco con QRS ANGOSTO! , lo que confirma que,comparando con ECG 1 , el paciente durante estimulación apical presenta un QRS ancho (BRI INDUCIDO) que generaría disincronía ventricular, lo que explicaría la sintomatología y su clase funcional  
2 -arritmia ventricular, duplas, como consecuencia de la activación neuro humoral por la disfunción de VI provocada por DISINCRONIA por estimulación apical, además de la pérdida de sincronía AV por retroconducción

3- isquemia de la cara anterolateral (T negativas en V5 -V6) también por lo anteriormente explicado

Conducta :

1- confirmar el Síndrome de marcapaso, de ser posible con ecodoppler determinando gasto cardíaco con estimulación VVI y con frecuencia propia, programando el marcapaso a frec de 40-45 min,y la presencia de insuficiencia mitral

2- reprogramar marcapaso VVI a frecuencias menores (en espera) o con histéresis para permitir estimulación intrínseca y no provocar disincronía mecánica que posiblemente el paciente no la tiene sin el marcapaso

3-reconsiderar, si presenta insuficiencia cronotrópica cambio a marcapaseo DDDR agregando un cable auricular

4-descartar isquemia por enfermedad arterial coronaria

5 -obviamente, por la clínica del paciente, tratamiento óptimo full con IECA, BB, diuréticos, espironolactona o eplerenona

PREGUNTO :

¿Cuál fué el motivo de la indicación de la colocación del marcapaso?

Un gran abrazo

J J Sirena  
Santiago del Estero – Argentina

---

Muy lindo análisis, querido Sirena, que alegría tenerlo de nuevo en el foro.

Me gusta muchísimo su análisis, sin embargo esperaría tener más datos clínicos antes de sospechar que el Síndrome de Marcapasos lo llevó a una ICC tan severa... claro que esto existe, lo sabemos bien, pero como Ud señala más abajo, descartar enfermedad coronaria, cualquier otro tipo de cardiopatía, Chagas etc.

Porque el Síndrome de Marcapasos generalmente se manifiesta como disnea progresiva

y NO como ICC severa.

Le pregunto: si el paciente tiene una baja Fey y no es revascularizable, ¿por qué si Ud va a asumir el riesgo de infección del "upgrade" no le da un CRT directamente?

El viejo concepto de "subir" a un DDD por Síndrome de Marcapasos, está actualmente en revisión, ya que si el paciente es dependiente, y el QRS estimulado de punta es > a 200 mseg, ante Síndrome de Marcapasos, corresponde implantar un CRT en vez de un DDDR.

¿Qué piensas amigo Sirena al respecto?

Adrián Baranchuk

---

81 años CA próstata avanzado, cardiopatía isquémico hipertensiva no revascularizable por lesiones irregulares y difusas con muy malos lechos distales, en marzo 2012 síndrome taqui bradi, disfunción sinusal por lo cual se colocó MP (no lleva cartilla de MP) eso es lo que tenemos por ahora, equilibrio ácido base normal. Tratamiento completo para IC. Ni bien lo vea el arritmólogo les pasaré la información completa. Gracias por vuestra respuesta.

José Cayetano

---

Hola; ese es un tema bonito y disculpa Adrián que me meta, si es dependiente yo le implantaría un TRCP.

Carlos Rodríguez Artuza

---

Hola

¿Podremos saber?:

1. Fey previo al implante
2. Tipo de MP implantado (¿se le puso un unicameral por Enfermedad del Nódulo sinusal?)

Sirena, parece ser que las causas de disfunción ventricular podrían preceder al implante de MP... ¿tal vez la desincronía lo haya agravado?

Adrián Baranchuk

---

Estimados amigos del foro

Una gran satisfacción estar nuevamente en el foro del cual aprendo día a día, sobre todo por el método de opinar siguiendo un proceso de razonamiento, admitiendo errores, en un marco de diálogos constructivos y no polémicas científico-políticas. Ya lo sabemos con Adrián cuando establecimos las DICOTOMIAS en este mundo. Nadie es dueño de la verdad absoluta.

Pasemos a lo científico

Totalmente de acuerdo con Adrián, para considerar una TRSC. En ese sentido debemos tener en cuenta:

- 1- la clase funcional (este paciente esta en III-IV)
- 2- la Fey (no la sabemos) debería ser < 35%

- 3- la duración del QRS (este paciente tiene QRS intrínsecos menos de 120 ms y el criterio para esta clase funcional para indicar TRSC debería ser más de esa cifra
- 4- tener actividad auricular y con tratamiento óptimo para I.C

Mis dudas ,:

- 1-¿el paciente tiene 66 u 81 años?
- 2-¿Su CA esta controlado ? (el tratamiento actual logra una expectativa muy buena)
- 3-sería bueno tener un informe de EcoDoppler en cuanto a su Fey y por lo menos, (de no contar con Doppler tisular), saber la diferencia de tiempo septo - pared posterior 8 con modo M) y tiempos de período pre eyectivo pulmonar y aórtico para sospechar disincronía ventricular

Entonces, tenemos dos caminos:

1- el implante de resincro si la Fey es de  $< 35\%$  , en contra está la duración del QRS intrínseco de este paciente de  $< 120$  ms

2-marcapaso DDDR, preferentemente en este paciente con QRS angosto, con estimulación septal o para hisiana, para evitar el BCRI inducido que sin duda es causal de disincronía mecánica. Pero lamentablemente está en punta de VD.

Por último, personalmente creo (Nivel de evidencia C) que:

1 -De ser posible, siempre tratar de mantener la actividad auricular (su patada contribuye un 25-30 % al VS)

2- cuando el paciente presenta QRS angosto, en lo posible colocar el cable ventricular en septum o parahisiano y no apical por la disincronía emergente (esto lo evidencio cuando determino el volumen sistólico en el eco, con VVI y sin VVI)

3- si la conducción AV es óptima (previa det . punto W.) considerar el marcapaseo AAIR

Este paciente, más allá de la crisis económica mundial, tiene el derecho de poseer un DDDR, porque una cosa es mantener frecuencia y otra cosa es mantener hemodinamia que se traduce en calidad de vida

Un abrazo

Juan José Sirena

---

Juan José, el paciente tiene 81 años, ya pasaré más datos luego de que lo vea el arritmólogo y datos de su eco; le han solicitado DTI, speckle tracking y eco 3D pero mi pregunta como médico generalista, que pueda ir aTRC lo entiendo pero ¿cómo describiría a ese EKG si me llega a urgencias? ¿el MP es normofuncionante con EV y duplas ventriculares? es otra cosa? ¿cómo se informaría este EKG?

Gracias. Un saludo.

José Cayetano

---

Estimado José

En síntesis, ¿cómo se informa este ECG?

Ritmo de marcapaso VVI a 70 min. con captura 100% con eje hacia arriba e izquierda (estimulación apical de VD)

Presencia de ondas P que suceden al QRS estimulado (retroconducción)

En segundo ECG:

Duplas ventriculares

Presencia de latidos de fusión, pseudo fusión y propios, angostos con duración de 80 - 90 ms, infradesnivel de ST y T negativas compatibles con Isquemia.

Lo destacable es la retroconducción y la presencia de latidos intrínsecos que nos orienta a que el paciente durante la estimulación puede perder la sincronía AV y ésto generar o agravar la ICA (síndrome de marcapasos)

Reflexión :

el ECG no solo debe ser visto "*fríamente*" como una tira con ondas y segmentos (el VER) sino aprovechado al máximo para interpretar la clínica del paciente (el MIRAR) y muchas veces definir una conducta

Un abrazo

Juan José Sirena

Informe de arritmólogo

Enfermo con implante de MP por síndrome braditaqui. DDDR

Situación actual

Ritmo de base en A -- FA

Ritmo de base en V -- alterna ritmo propio QRS estrecho con estimulado QRS ancho con espícula previa y ritmo de extrasistolia ventricular frecuente.

Al ingreso el día 9/08/12 el EKG era de ritmo estimulado ventricular a 80p/m.

La telemetría del dispositivo evidencia

en A--FA

en V-- umbral 0.5, impedancia normal, r de 8.

Cambio programación de DDDR a VVIR puesto que esta en FA y la aurícula ya no es eficaz.

José Cayetano

---