

Flutter auricular recurrente – 2002

Dr. Pablo Hurtado

Hola amigos, les escribo acerca de un paciente de 40 años que hace dos años sufrió un Flutter auricular con repercusión hemodinámica se le aplicó cardioversión exitosa con 2 intentos: 50 y 100 J.

El paciente mide 1.90 mts y pesa 190 libras. Desde el alta se le medicó con Amiodarona, Furosemida 20 mg diarios, Aspirina 100 mg diarios, Enalapril 5 mg diarios (Ligera dilatación del VI con disfunción sistólica ligera).

Mientras estuvo tomando (18 meses) la Amiodarona 200 mg diarios presentaba Bradicardia sinusal 55 lpm, el QTc llegó hasta los 440 ms y por eso desde hace unos 6 meses comencé a tratar de suprimirle la amiodarona pero el paciente tiene gran apego a la droga y nunca la dejó de tomar. En verdad, siempre refirió que al tratar de retirar la amiodarona él comenzaba a referir síntomas como palpitaciones, el paciente es muy ansioso y además en una época fue brigadista de salud.

Hece tres meses, luego de convencerlo de no tomarla por los efectos adversos, presentó por primera vez FC de 90 lpm sinusal, antes siempre lento e hipotenso: 80/60 mmHg, etc. Desde entonces comenzó a referir que presentaba palpitaciones ocasionales que en un Electro se atribuyeron a extrasístoles auriculares (las tenía), sucede que desde hace un mes comienza a sentir taquicardia y al acudir se constata que el Flutter ha recurrido con un bloqueo variable de 2:1, 3:1, asintomática, no la percibe. Al encontrar esto buscamos factores desencadenantes: fiebre, sepsis, fármacos, etc y no encontramos nada.

Le reinicio la amiodarona hace quince días y agregué Warfarina; hoy acudió y aún persiste el Flutter (en 10 días tomó 31 tabletas de Amiodarona), la respuesta con un bloqueo 3:1 predominante.

En la primera ocasión el Eco le dio una FEVI de 50%, con un VI en el límite superior de lo normal, en el ECO más reciente la contractilidad global cayó un poco: 47%, fue por eso que le agregué Coreg y Espironolactona 25 mg diarios. No tiene afección valvular. Fue gran tomador de bebidas alcohólicas hasta que tuvo el Flutter, ya no toma, es Evangélico. No quise cardiovertirlo electivamente en esta ocasión por temor a una complicación mayor, preferí evolucionarlo en 15 días.

Mi pregunta es: si no revierte con el reinicio con la Amiodarona, he valorado tratar con otro antiarrítmico, ¿pero hasta cuanto tiempo debo esperar? pues no quisiera que el tiempo sea el que al final me dificulte la cardioversión. Si falla la Amiodarona me gustaría probar con Flecainida.

¿Qué sugieren Uds.?

Se que el tratamiento es la Ablación alrededor del anillo cavo tricuspídeo pero no hay posibilidades, al menos por ahora.

Muchas Gracias,

Dr. Pablo Hurtado

Chontales
Nicaragua

OPINIONES DE COLEGAS

Si el paciente es asintomático, sugeriría controlar la frecuencia y utilizar la warfarina indefinidamente.

Reportes de estudios recientes, no indican que la vida sería prolongada por la conversión al ritmo sinusal.

Arnaldo Carvalho, MD
Springfield, IL
USA

Dr. Hurtado:

Por todas las características descritas la ablación es el tratamiento de elección, creo que vale la pena intentarlo ya que el tratamiento medicamentoso es en general poco efectivo con las diferentes drogas que disponemos actualmente.

Dra. Elina Valero

En mi hospital, lo habitual ante un flutter auricular refractario a tratamiento farmacológico es hacer una sobrestimulación auricular previa a cardioversión eléctrica externa.

La sobrestimulación auricular, en nuestra experiencia, consigue muy buenos resultados, con recuperación de ritmo sinusal en un 85% de los casos, induciéndose Fibrilación auricular (ocasionalmente precediendo a ritmo sinusal) en el resto.

La técnica es muy simple y está al alcance de cualquier médico que disponga de una sonda de marcapasos provisional y un generador de marcapasos externo capaz de Frecuencias cardíacas de hasta 400x'.

Por otra parte, como bien dices, ante flutter recidivante, indicamos ablación del circuito.

Un saludo.

José A. Lapuerta Irigoyen
Unidad Coronaria.
Htal de Cabueñes
Gijon (Asturias). España.

Prezado colega Pablo,

Quero contribuir com minha experiencia clinica pessoal- em que estamos diante de um paciente que tem miocardiopatia dilatada em fase inicial e que devera responder bem ao enalapril (uma dose maior que seja tolerante e nao faça hipotensao seria melhor) e espinolactona/ acredito que deva manter a amiodarona embora talvez nao seja bom associar o Coreg (carvedilol) no momento para que nao aumente a chance de bradicardia/ caso nao reverta com a droga devera manter a warfarina e fazer nova cardioversao eletrica. Se nada resolver e o paciente continuar sintomatico acredito seja um caso para ablacao. Peco desculpas por responder-lhe em Portugues.

Mario Sergio Bacellar
Bahia-Brasil

Estimado amigo Pablo Hurtado:

Me encantaría hacer unas pequeñas consideraciones, sin ánimo de ofender, antes de entrar en su pregunta específica:

- Con respecto a la insuficiencia cardíaca, no veo aún la razón de por qué empezar carvedilol o espinolactona; los estudios con carvedilol tomaron todas fracciones de expulsión mucho más bajas que las que presenta su paciente (CAPRICORN, post-IAM: FEVG <40%; CARIBE, post-MCD idiopática: <35%; COPERNICUS, llegaron a buscar disfunción severa <25%; estudio PRECISE: <35%) y por la espinolactona el estudio RALES tomo pacientes con FEVG <40%); por lo tanto no me preocuparía mucho aún por

complicar con más fármacos a este paciente, ya de por sí ansioso; es más, por la edad y la FEVG, a menos que tenga otra necesidad, tampoco le daría enalapril 5mg en prevención primaria (y de dárselo por prevención primaria se lo daría en dos tomas tratando de llegar a los 20mg/día utilizados en promedio en la mayoría de los estudios de los 80' -excepto CONSENSUS que empezaba a 2.5mg para CF IV)-
Entremos ahora al flutter: si está por completo asintomático, y de no contar con la ablación, podría intentarse a mi humilde juicio dejarlo que viva con su flutter, y cambiarle la amiodarona por un beta-bloqueante; o simplemente cardiovertirlo nuevamente y ya que parece tolerar bien la amiodarona (y que además parece gustarle) dejarlo con ese medicamento siguiendo (y buscando activamente) las complicaciones futuras. De no preverse la cardioversión, inclusive el tema de la anticoagulación es controvertido, pues tiene solo 40 años y si bien comprendí ningún otro factor de riesgo asociado ni cardiopatía que lo someta a alto riesgo, por lo tanto la aspirina sería una buena y mucho más simple opción como tratamiento preventivo de la trombosis.
-No intentaría otro antiarrítmico, pues el flutter es rebelde a casi todo, solo suele funcionar con cardioversión o ablación.
-Es cierto que la ablación no está aún disponible en vuestra zona, pero tiene Ud. la suerte de trabajar en un hermoso país, que tuvo la suerte de conocer en 1999 en vuestro congreso de cardiología del lago Atitlán.
Saludos y siempre a su disposición:

Felix AYALA PAREDES
Electrofisiólogo
CHUS Fleurimont.
Universidad de Sherbrooke, Quebec. CANADA

Hola he recibido sus comentarios y en base a eso quisiera aclarar que el paciente no tiene mayor dosis con Enalapril porque mantiene tendencia a la hipotensión, la mayoría de las veces: 90/60 mmHg a veces 100/70 mmHg.

Le decidí agregar el Carvedilol y Espirinolactona (hace un mes) al encontrar que con el tratamiento recibido de un año de evolución la función sistólica empeoró un poco (los trastornos en la contractilidad no mejoraron e inclusive el VI se dilató un poquito más y el acortamiento no mejoró, ¿por qué?) y porque desde el inicio lo valoré como una Miocardiopatía insipiente o mejor dicho una disfunción sistólica asintomática y al no mejorar pensé que tal vez desde el inicio del tratamiento debía haberle iniciado con todo el tratamiento para IC. Por otra parte desde antes de la recurrencia del Flutter él me estaba refiriendo disnea a medianos esfuerzos no compatible con el ECO, por eso, en cierta forma se la atribuí al temor del paciente de retirarle la Amiodarona.

Creo que en general una gran parte de los estudios se realizan con los pacientes con peor pronóstico pues es más notable la mejoría clínica en éstos y la disminución de la mortalidad que en los pacientes menos sintomáticos o con mejor pronóstico. Además a sabiendas que la I Cardíaca es un síndrome progresivo (en este paciente en un año la FEVI cayó un poco) en donde participan múltiples factores hormonales no me quedaría tranquilo al bloquear solo la vía de la ATII pues dejo libre los receptores de aldosterona, los receptores adrenérgicos y otros más que aún no se han encontrado las drogas para bloquearlos o al menos modularlos, es por ello que en estos pacientes no esperó a que caiga la FEVI al 40% o que me hagan síntomas congestivos para iniciar un tratamiento que fisiopatológicamente debe brindarle beneficios. Por ejemplo, aunque la FEVI de el paciente era mayor de 40 % este si refería disnea CFII, por eso el Beta. Realmente no conozco estudios concluyentes en la CFI, por eso no se los indiqué desde hace un año. En cuanto a la Aldosterona ciertamente se recomiendan con la evidencia actual en CF III y IV.

En cuanto a la Warfarina: el flutter lleva más de 48 horas (crónico) y trataré de cardiovertirla, por eso la toma. Si al final no se revierte y solo puedo controlar la respuesta ventricular lo haré con Amiodrona y el uso de la Warfarina de por vida dependerá de la determinación de los factores de riesgo clásicos, sino Aspirina. Creo que si no revierte en un mes lo citaré para la cardioversión eléctrica.

Muchas gracias.

Dr. Pablo E Hurtado

Creo que tengo algo para aportar al respecto.

Tomaría para opinar algunos de los elementos por usted comentados.

1.-Presenta antecedentes de alcoholismo. Como en otros territorios de la economía, el compromiso del alcoholismo es muy dispar en cuanto a afectación del nódulo sinusal, sistema de conducción, miocardio.

2.-usted por ahora no puede enviarlo a ablacionar.

3.-Anduvo bien con amiodarona durante dos años.

Creo que después de un mes anticoagulado a dos de RIN yo le propondría revertirlo, eventualmente con un anestésista al lado. Continuaría con amiodarona hasta poder efectuar el estudio electrofisiológico y ablacionarlo. Al mes de la cardioversión haría Holter y de permanecer sinusal suspendería la anticoagulación.

Balado

Definitivamente este paciente necesita cardioversión pues en primer lugar su fibrilación es persistente y además tiene la función cardíaca comprometida.

El algoritmo para este tipo de pacientes es muy específico en cuando a realizar cardioversión y en caso de querer convertir a ritmo sinusal el fármaco de elección siempre será la amiodarona.

En cuanto a la utilización de otros fármacos si la función cardíaca no estuviese comprometida es viable la utilización de ibutilida, no olvidar que la flecainida es clase IC.

Att: Mónica Mesa Rodríguez

Hola amigos:

Les escribo para informarles que ayer atendí al paciente con flutter que les había consultado hace unos días.

Revirtió a ritmo sinusal con la carga extra de amiodarona, se ahorró la cardioversión eléctrica programada. Está de nuevo con tendencia a la bradicardia y de TA: 100/70 mmHg.

Decidí dejarle la amiodarona hasta que le pueda realizar la ablación, seguiré anticoagulado por 1 mes con Warfarina. Él está feliz.

Muchas gracias por sus consejos.

Dr. Pablo Hurtado
Nicaragua
