

Paciente de 56 años con mareos de 15 días de evolución – 2011

Dr. Carlos Alberto Soria

Envío para su análisis estos dos trazados del mismo paciente:

RHC: Paciente CP, de 56 años, masculino;

Antecedentes recientes: mareos de 15 días de evolución, que no le impiden desarrollar sus actividades cotidianas; su esposa es quien lo "obliga" a consultar por sus mareos al cardiólogo. Es visto por mí en el C. Externo de Cardiología y derivado a internación en UCO.

Otros antecedentes: tratado por cardiólogo, por su HTA, cardiopatía Hipertensiva, DBT II DLP, Obesidad I,;
Medicación que venía recibiendo: Digoxina 0,25:1 cpr por día; carvedilol: 6,25 mghrs c/12 hs; AAS: 1 x día; antidiabéticos orales;
Posee ICC CFI-II;

El trazado 1 es obtenido cerca de diez días después de la internación en UCO; este trazado 1 se espera 10 días para presentarlo, para apartar el efecto de las drogas q venía tomando; pero es muy similar al del día de la consulta;
El trazado 2, muestra otro BCR que el N.º 1 no tenía, a pesar de que las FC son similares (alrededor de 46 spm) y que las FC de las ondas P bloqueadas son la mismas;

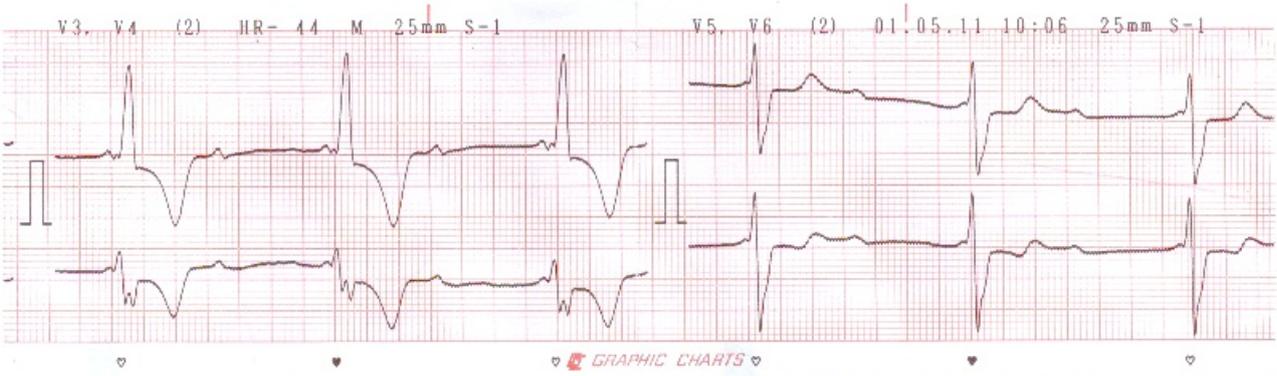
Cuando los consiga, les enviaré un ECG de mucho tiempo antes, y el resultado del Eco Doppler y del Eco Tisular;

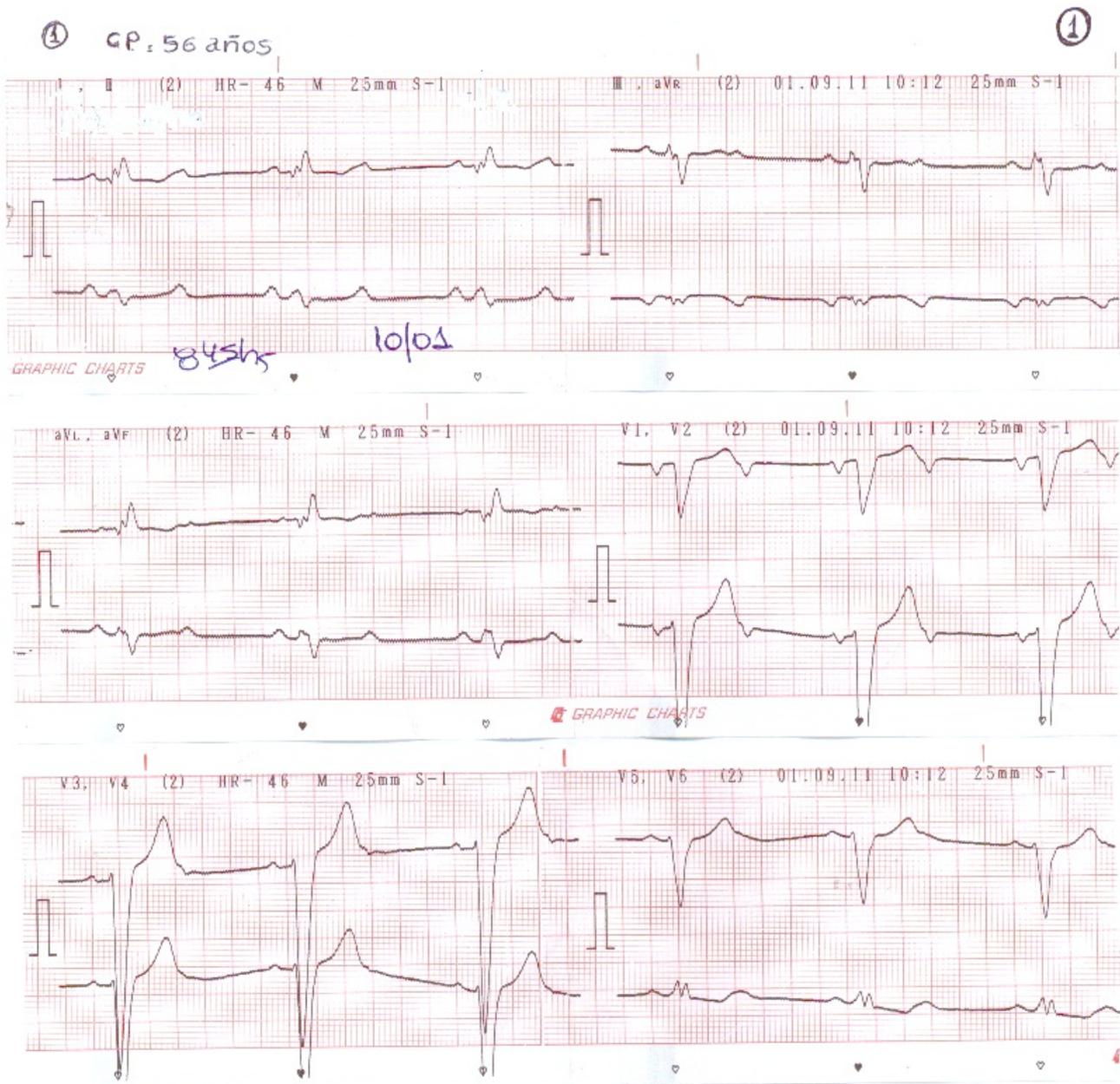
Un saludo

Dr. Carlos A. Soria
Dra. Ana P. Courtade

② C.P. 55 años

②





OPINIONES DE COLEGAS

Queridos Dr Soria y Courtade

Gracias por este fascinante caso.

No concuerdo en el análisis ECG propuesto en vuestro email.

ECG #1: Bloqueo AV 2:1. El latido conducido es ancho y con morfología de BCRI, sugiriendo que el nivel del bloqueo es infrahisiano.

ECG #2: Bloqueo AV COMPLETO con ritmo de escape. El ritmo de escape tiene morfología de BCRD ATIPICO, justamente porque NO es un BCRD sino un escape ventricular proveniente del VI.

Fíjense que el PR es DEMASIADO corto para estar conducido (Hay disociación isorrítmica 2:1). Para probar este mecanismo, se puede inducir aumento de la descarga sinusal con "stress matemático o ejercicio isométrico".

Salud

Adrián Baranchuk

Discusión del caso del Dr. Soria

Primer ECG

Bloqueo 2/1 indicando un bloqueo bilateral; bloqueo izquierdo de tercer grado y bloqueo derecho 2/1

Las derivaciones de los miembros sugieren que este CLBBB se desarrolla en presencia de una dilatación del ventrículo izquierdo.

La morfología de las derivaciones sugieren una dilatación ventricular izquierda que evolucionó desde una hipertrofia ventricular (S,s profundas en V2, V3 y anchas 180 ms)

Las ondas P en V1 indican que existe una presión diastólica alta que provocó un alargamiento de la aurícula izquierda.

Este cuadro indica un paciente con hipertrofia ventricular izquierda de mucho tiempo, que evolucionó a dilatación.

La evolución de hipertrofia a dilatación puede ocurrir por un proceso isquémico crónico, o por unas alteraciones metabólicas y mutaciones genéticas, destruyen el colágeno 1 como las metaloproteinasas 2 o falta de TIMP (tissue inhibitors metalloproteinase) que es una enzima que controla la acción de las metaloproteinasas (agotamiento de TIMP), acompañado de un proceso degenerativo en el sistema de conducción.

Este fenómeno, es decir, hipertrofia muy crónica que evoluciona a la dilatación es un proceso frecuente en personas ancianas, con o sin degeneración del sistema de conducción.

El segundo ECG indica un bloqueo completo con ritmo idioventricular originado en el ventrículo izquierdo.

Es evidente que este paciente debería introducirse un DDD biventricular pacemaker

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Prezado Soria:

Bloqueio bilateral alternante de ramo (Bilateral Bundle Branch Block alternante) este distúrbio dromótopo que exige MP definitivo define-se como aquele distúrbio dromótopo que afeta ambos os ramos proximais do sistema Hisiano, o ramo direito e o tronco do ramo esquerdo do feixe de His.

Para que não ocorra bloqueio total não podem ser concomitantes nem de grau máximo. Este diagnóstico pode ser realizado pelo ECG quando os padrões de BCRD e BCRE acompanhados de mudanças na duração do intervalo PR ocorrem em forma alternativa o intermitentemente num mesmo paciente em traçados realizados em momentos diferentes. O Traçado marcado com 1 apresenta um bloqueio AV de segundo grau 2:1 com morfologia de BCRE

O traçado marcado com 2 apresenta dissociação AV com foco de comando ventricular que mostra morfologia de BCRD+ BDPI.

Podemos registrar:

1) Bloqueio completo alternante de ambas os ramos esquerdo e direito;

- 2) BCRE + BIRD: neste caso, o ECG mostra BCRE com PR prolongado (≥ 200 ms) e graus mínimo de BIRD e de segundo grau de segundo grau.
- 3) BCRD associado a BIRE Se observa um BCRD associado a intervalo PR ≥ 200 ms
- 4) Bloqueio incompleto de ambos os ramos de grau semelhante. Neste caso o QRS é normal porque a ativação da câmara biventricular é simultânea e o PR se prolonga ou é de segundo grau.
- 5) Se no ramo direito há bloqueio de primeiro grau e o da rama esquerda é um 2:1 o ECG mostrará um padrão de BCRE com PR longo alternando com QRS do tipo BIRD e PR normal.

Andrés R. Pérez Riera

Maestro, Profesor y amigo Andrés

Le juro que lo quiero y respeto mucho, Ud es un espejo en el cual me miro frecuentemente.

Pero parece que nos despertamos a destiempo en el último mes. No crea que tengo animosidad anti-cordobesa.

Yo se que el Cordobés ha sido una raza muy perseguida en el pasado, y hasta hay fundaciones que se dedican a encontrar a anti-cordobeses prófugos en distintas partes de la orbe.

Encontraron a uno pescando bagres en la laguna de Itati (el tipo se quedo dormido con la caña en la mano y así fue como lo pescaron...).

Pero eso, lo de la persecución de cordobeses no es el tema que nos compete. Sino mi desacuerdo con su lectura ECG.

El ECG con bloqueo 2:1, presenta latidos bloqueo de rama izquierda en los latidos conducidos. Hasta ahí todo OK.

El siguiente ECG presenta Bloqueo AV completo, ya que el PR es muy corto para poder ser conducido (hay disociación isorrítmica 2:1!!!).

Por lo tanto, NO se trata de un latido conducido con BCRD sino de un escape en el VI (como también sostiene el Prof Sclarovsky).

Por lo tanto, esto NO es un bloqueo alternante de ramas, sino progresión de un Bloqueo AV 2:1 infrahisiano a un Bloqueo AV completo.

Lo saludo con la cordialidad mas distinguida.

Salud

Adrián Baranchuk

Análise perfeita do Dr. Adrian Baranchuk. Concordo totalmente.

Raimundo Barbosa Barros

Bloqueos AV de alto grado y BAV completo, con escape con imagen de RD, todos los síntomas pueden ser sin dudas atribuidos a estos hallazgos, no entiendo para qué un eco doppler o un eco tisular, ¿estarán pensando en resincronizarlo? ¿para qué? hay que implantar sin dudas un marcapasos, por los datos que mandan no veo indicación de terapia de resincronización, saludos,

PD: el sistema de conducción tiene seguramente un daño infrahisiano, ¿por qué han esperado tanto tiempo?, esto lo pregunto, ya que como dije antes este paciente tiene indicación de marcapasos, lleva 10 días internado con todo el coste que esto significa para cualquier institución, en 48 a 72 ya no tienen efectos los fármacos que venía recibiendo, este paciente debería ya estar en su casa y con el marcapasos implantado.

¿Qué medida tomaron además de suspender las drogas, para evitar la posibilidad de empeoramiento de su BAV y con esto un eventual compromiso hemodinámico?,

Saludos, Francisco Femenia

Eso es lo que yo he escrito y lo que creo; el segundo 2 con bien escribí esta disociado. Ahora vos dice si esta disociado es una progresión.

Se engaña usted.

Hace casi 40 años el maestro de Raimundinho, Dr. Marciano todavía vivo, me mostró esta posibilidad en el alternante.

¿Raimundo podés mandar el trabajo?

¿Por qué no?

Porque de aquí a 5 minutos tiene nuevamente el patrón anterior.

Me acuerdo que Carlos de Patagonia comentó sobre este manuscrito indexado.

El lo mando al foro Infelizmente no lo encuentro in my files mas Raimundinho lo tiene

Andrés R. Pérez Riera

Hola

Yo dije que tu dices que yo dije.

Este caso NO presenta Bloqueo Alternante de Ramas.

Salud

Adrian Baranchuk

PS: espero ansioso el trabajo de Marciano.

Distinguidos Drs. del Foro:

En un comienzo, nosotros pensamos así:

- Que el ECG 1 es un Bloqueo 2:1
- Con el ECG 2 en un BAVC con disociación AV;
- Nos hubiera gustado tener un ECG 3 en el cual veamos un bloqueo bidireccional alternante, que es lo que yo personalmente estaba buscando, pero en el mismo trazado, y no lo consigo; quizás no lo consiga hasta que se implante un MPD;
- ¿ No estaría mal pensar en un Bloqueo bidireccional alternante, aunque dicho fenómeno no se presente en el mismo trazado?
- Esta mañana fui a ver al paciente a la UCO, está estable, sin mareos ni fallo de bomba; y el ECG, al igual que el de días anteriores es igual a los ya mostrados;
- Se realizó un Holter por la Dra. Courtade, en el que vemos EV y el mismo tipo de BAV 2:1; la impresión en el papel de algunos momentos del Holter ha salido con muchas rayas verticales, lo que impide ver bien las ondas y por lo que no se los envío;
- Se pidió un MPD, que está en vías de conseguirlo en 24-48 hs a través de su Obra Social (PAMI);
- Por otro lado, se pensó en hacer un ECO tisular con la idea de un resincronizador; este segundo tema, el del resincronizador lo opinaron los médicos de la UCO, pero todavía no se lleva a cabo. En lo personal me hubiera gustado un Eco Doppler para medir los diámetros de las cavidades, el espesor de las paredes, la distancia mitro-septal, la F de Eyección, la motilidad regional y descartar coágulos en la AI; pero aún no lo obtengo;

Hoy mostré los dos trazados del ECG 1 Y 2. Si en días más tengo algún ECG más antiguo, que lo estoy rastreando, se los mostraré, al igual que el Eco Doppler; eso será para el comienzo de la semana próxima;

Saludos a los del foro;

Gracias por permitirme mostrar éste caso:

Gracias a los que opinaron.
Saludos y un buen fin de semana para todos

Dr. Carlos A. Soria
Dra. Ana P. Courtade

Hola a todos,
ECG 1: RS. BAV 2/1. El Latido Conducido Es Con BCRI. Seguramente por bloqueo infrahisiano. Evolucionan a BAVC.
ECG 2: BAVC. Ritmo idioventricular con imagen de BCRD. Las ondas P no son conducidas, existe disociación isorrítmica.
El trastorno de conducción no es por las drogas. Esas drogas no alteran la conducción intraventricular, si la conducción NAV. Desde el ECG 1 tiene indicación de MCP DDD
Saludos.

Oscar Pellizzón.

Nueva respuesta para ambos, por favor acompañen con atención el raciocinio:
Si yo tengo un paciente por ejemplo con bloqueo AV de primer grado + BCRD + LAFB y doy como laudo **bloqueo trifascicular** nadie iría a criticarme este diagnóstico apenas es de probabilidad, una posibilidad fuerte mas nunca una certeza porque el paciente podría tener el bloqueo de primer grado no en el fascículo pósteroinferior e si alto en el nódulo AV.
Muy semejante al presente caso en un trazado el paciente tiene bloqueo 2:1 con patrón de BCRD y en el otro trazado el paciente está disociado como bien yo coloqué mas el foco de comando ventricular ahora se conduce por la rama contralateral lo me hace pensar o sospechar de bloqueo bilateral de los ramos a pesar que no tengo pruebas.
¿Ahora entienden?
No es un diagnóstico de certeza mas es una fuerte probabilidad. porque a seguir puede mostrar una enfermedad del sistema hisiano bilateral
Es eso.

Andrés R. Pérez Riera

Hola Dr. Carlos
ECG1 = BRE + "BAV" 2:1
ECG2 = Dissociação AV (BAV total com escape alargado demonstrando acometimento infra-hisiano)
Eu já teria indicado o MP definitivo precocemente. O nível do bloqueio (infra-hisiano) não tem relação com as drogas porque ambas (digital e BB) bloqueiam somente sistema supra - hisiano

Un saludo
Raimundo Barbosa Barros

Queridos amigos:
Disculpen mi pensamiento monocorde y tal vez aburrido para muchos.
Pero me sorprende que entre más de 10 mensajes que he moderado NADIE mencionara o preguntara si hay realizada una serología para Chagas.
¿Es que no tiene importancia para Ustedes saber si la etiología de este severo trastorno de conducción es o no por Chagas, en una provincia de zona endémica, donde hay vinchucas infectadas en los rollos de las cortinas donde anidan las palomas de la Plaza Principal?

¿El tratamiento de este PACIENTE -no me refiero sólo al tratamiento del trastorno de conducción que padece- sera idéntico si la etiología fuera o no por T Cruzi?
Ustedes dirán.... "**cada maestrillo con su librillo**".... y yo responder ¡Sí!

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Carlos, sobre ese tema tienen un lindo artículo, al cual se accede gratis, de diciembre del 2009, en Cardiology Journal, <http://www.cardiologyjournal.org/>

A rare form of trifascicular block with intermittent complete atrioventricular block in a patient with Chagas disease

Francisco Femenia, Alejandro Cuesta, Arce Mauricio

No entiendo qué es lo que querés buscar, si este paciente tiene una severa enfermedad del nodo AV infrahisiano, con bloqueo AV 2:1 que progresa a bloqueo AV completo, con escape con imagen de rama derecha, el trastorno es claro, lo que imagino que planteas es que podés inferir en otra situación, un severo compromiso del nodo AV, ante la presencia de bloqueo alternante de rama, pero esta es otra historia, aunque ambas situaciones terminaran siempre en marcapasos.

Francisco Femenia

Querido Edgar, como verás aunque no lo dije, la cita que mandé es en chagásicos, el tema es que yo quede sorprendido y tal vez me cegué por el tema de resincronización y los 10 días de internación en un BAV completo,

Igual independientemente de la serología o no, pero como vos bien pensás, el diagnóstico etiológico es importante, especialmente para el pronóstico, tiene indicación de marcapaso ayer!!!!

Como dato agregado, hay que tener cuidado con lo que uno cree que hay que indicar, porque en este caso en particular y disculpen que sea reiterativo, a mi buen entender y conocimieto, además de mucha experiencia, en este paciente no encuentro indicación de terapia de resincronización, al mismo tiempo mi realidad es parecida a la de San Juan, ya que trabajamos con PAMI, hace mas de 10 años e implantamos mas de 30 marcapasos por mes, y un marcapasos tipo VVI no tarda mas de 48 hs en entregarse, un bicameral, lo que pide PAMI es que haya un eco donde exista dilatación ventricular, no tarda más de 72 hs, pero un resincronizador, hay mi Dios, cuando está absolutamente indicado, certificado, etc etc, más de un mes como mínimo, por esto insito, está todo bien para lo académico, pero este paciente lleva más de 10 días internado!!!!, ¿qué pasa si se descompensa y hay que poner un transitorio? y sigue esperando, perforación, infección, incomodidad,etc, etc, y por otro lado también podríamos debatir cuando quieran si en BAV completo vale la pena implantar un bicameral o un unicameral, en rangos de mortalidad no hay diferencias demostradas, pero suponemos que el DDD será mejor,

Saludo nuevamente

Francisco Femenia

Querido amigo profe Edgardo lo único que tenemos como antecedente es hipertension, y seguramente lo primero que hicieron los médicos tratantes es serología para descartar Chagas.

Lo importante en este caso el tipo de CLBBB, con complejos muy cortos y anchos en las derivaciones de los miembros no características de los bloqueos izquierdos, también hay signos de hipertrofia y dilatación, con alargamiento de la aurícula izquierda.

Por lo tanto yo diría una hipertrofia que evolucionó a dilatación por algún trastorno genético del metabolismo del colágeno 1.

La morfología del CLBBB es muy atípica y hay que explicarla, no hay duda que es una patología que afecta al sistema de conducción y a la morfología estructural del miocardio izquierdo y derecho.

Podría ser también una enfermedad infiltrativa como sarcoidosis, Fabre disease amiloidosis primaria, con una evolución descripta arriba.

Un fraternal abrazo
Samuel Sclarovsky

Querido Francisco:

Coincido plenamente contigo en cuanto a la indicación del MP.

Me alegró de recibir tu cita, luego que enviara mi mensaje

Intento subrayar en que los médicos de nuestros países ante semejante paciente, aún si fuera obeso, hipertenso, diabético es obligatoriorio pensar en Chagas, porque cuando la vinchuca (el insecto vector, el triatoma) va a alimentarse no pregunta ni discrimina si hay otras patologías coexistentes. Con esto le respondo al Profesor Samuel y el mensaje lo dirijo especialmente a los médicos jóvenes.

Y a nosotros nos importa saber si es o no chagásico, más allá de que **ayer** deba recibir un MP, porque de ser chagásico deberemos discutir si le prescribimos o no benznidazol, deberemos investigar si tiene o no alteraciones en la VFC (disautonomía) asociada o no a la presencia de anticuerpos anti M2 -y en este caso discutir si una vez implantado el MP le indicamos beta bloqueantes- y si tiene o no (seguro que sí) disfunción endotelial, para tratarla con IECAs y/o estatinas y/o como proponen unos autores mexicanos en los dos últimos números del Cardiology Journal que dirige Wojciech Zareba con citrulina (poderoso dador de NO) o L arginina.

O sea, no polemizo con la obvia indicación urgente de un MP sino quiero subrayar otro aspecto, para que a su alta el paciente se lleve las indicaciones correspondientes, que quizás no sean las mismas siendo o no chagásico.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

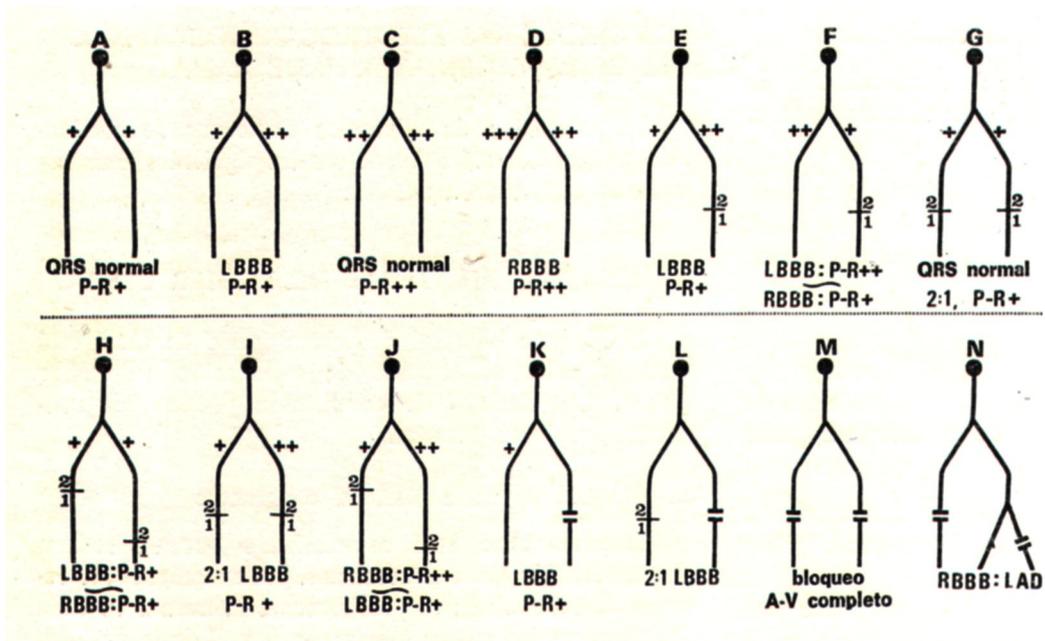
Dear professor Andrés

Estou enviando um diagrama que ilustra as várias formas de bloqueio de ramo bilateral. Esta figura é do livro do Dr. Leo Schamroth "Transtornos del ritmo cardíaco".

O presente caso é uma forma de BRB bilateral, mas não alternante. Existem 14 formas de apresentação do BRB, entretanto pelo diagrama sómente 3 (**F,H,J**) representam BRB alternante

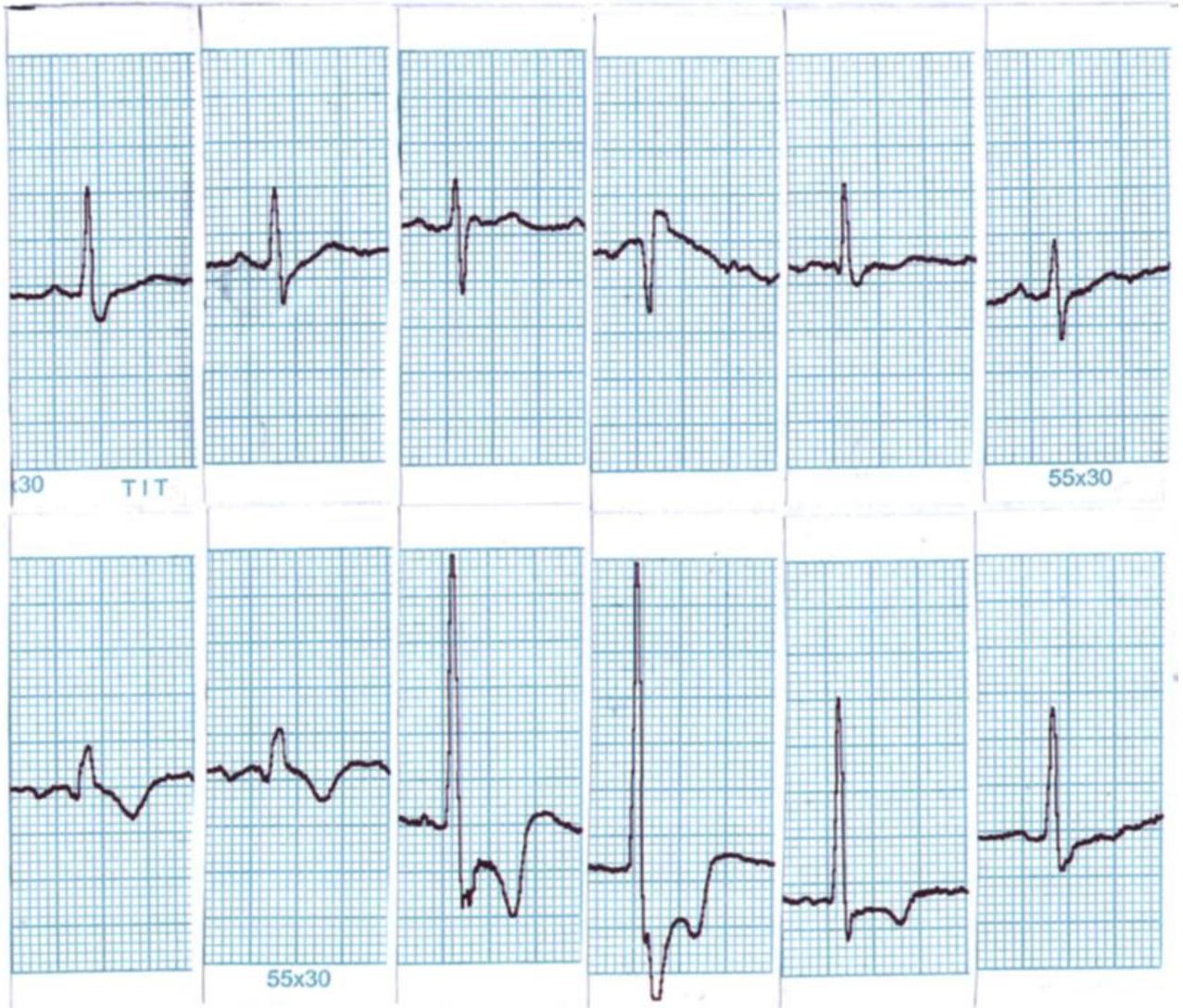
Um abraço

Raimundo Barbosa Barros



Estimado Dr. Soria
 Estoy enviando un típico caso de BRB alternante. Estes dos ECGs del mismo paciente que presenté en el foro el año pasado.

Saludos
 Raimundo Barbosa Barros





Queridos doctores del foro, paso a aclarar algunas dudas que se plantearon, siendo la cardióloga que lo atendía al paciente en discusión, y agregando datos que mi colega no mencionó.

El paciente llega al consultorio hace un año con: HTA, diabetes insulínica, miocardiopatía dilatada de origen isquémica (irrevascularizable según CCG evaluada por hemodinamistas y cardiocirujanos) y ecocardiograma con fracción de eyección de 30%, sin medicación diurética (ni digoxina, ni espirolactona) y con disnea en clase III.

Se realiza tratamiento médico, y el paciente se mantiene asintomático y no se reinterna durante el 2010. (se había internado por insuficiencia cardíaca descompensada 5 veces en el 2009)

Llega al Hospital pero no por síntomas sino por control y el ECG es el que presentó el Dr. Soria.

Es internado en UCO y la historia sigue como la conocen. Se realiza serología para Chagas la cual es POSITIVA.

El tema planteado era esperar el lavado de drogas, (2 días) un eco tisular y evaluar la instalación de resincronizador.

Como continuó con bloqueo el ecocardiografista desestimó la posibilidad de hacer eco tisular (en la parte privada porque en el hospital no se realiza) y lo que se inició es el trámite de resincronizador; acepto opiniones y sugerencias.

Muchas gracias.

Dra. Paola Courtade.

Estimada Paola, un gusto saludarla, excelente la presentación, pero este es otro paciente aunque sea el mismo.

El paciente ha respondido muy bien al tratamiento farmacológico de su IC, saliendo por lo que interpreto de su clase funcional III.

Ahora bien y ya lo discutimos que necesita estimulación ventricular permanente por su BAV completo.

Pero aparece otra cosa que es que este grupo de pacientes en clase funcional I-II, y con severo deterioro de la FVI, fallecen por MS arrítmica, por lo que tiene indicación de CDI o DAI (clase 1A) como prevención primaria.

Entonces ante esta situación, yo me planteo: ya que debo implantar un dispositivo "pesado" (CDI o DAI), puedo intentar resincronizarlo, sobre todo porque no está en estadios avanzados sintomáticos de IC.

Tiene por otro lado, datos en contra para eventualmente no responder y es el origen isquémicos y necrótico de su cardiopatía, donde este grupo son los menos respondedores, pero tal vez su enfermedad coronaria este relacionada particularmente con la enfermedad de Chagas.

Entonces, independientemente que ya le solicitaron solo el resincronizador, yo hubiera incluido resincro plus CDI.

Gracias por despejar todas las dudas de su paciente,

Saludos

Francisco Femenia

Querida Paola:

Si entiendo bien, este paciente respondió muy bien al tratamiento médico, al punto que llega a tu consultorio, no por síntomas, sino para control. Y se lo interna por el hallazgo electrocardiográfico. Y además, en todo el 2010, correctamente medicado, no tuvo internaciones a diferencia de las 5 de 2009 ¿Es así?

De ser así, su Fey ya no debe ser de 30% (pareciera que no hay una nueva evaluación de su función ventricular, por lo menos no mencionas el resultado, digamos de la Fey estimada por el Eco)

Por lo tanto, no me queda clara la indicación del resincronizador en un paciente compensado hemodinámicamente con el tratamiento farmacológico adecuado.

Por otro lado, ¿por qué el diagnóstico es miocardiopatía dilatada isquémico necrótica asociada a serología reactiva para Chagas y no una miocardiopatía dilatada chagásica, con trastornos de conducción típicos de esta afección, en un paciente que además tiene enfermedad coronaria?

No es un mero tema semántico.

Fijate que Francisco especula con la respuesta a un eventual implante de un resincronizador (indicación que no comparto) de acuerdo al diagnóstico etiológico.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Amigo Femenia: ¿nos puede Ud ilustrar de donde sale la info que los pacientes isquémicos responden menos a la CRT?

Supongo cuando dice menos, que Ud los compara con los no isquémicos...

No tengo claro donde encontrar esta aseveración.

Profe Edgardo

Tenga a bien leer los estudios:

1. MADIT CRT

2. RAFT (recientemente publicado en NEJM (donde incorporamos con nuestro grupo 67 pacientes)

Eso tal vez lo haga cambiar un poco de opinión respecto a su posición.

Gracias

Adrián Baranchuk

Estimado Dr. Baranchuk

¿Podría Usted responderme cuántos pacientes de los ensayos financiados por Boston (el Madit CRT piloteado por Arthur) y Medtronic (RAFT) tenían serología reactiva para Chagas?

Si no hubiera ninguno, ¿puede Usted aplicar las conclusiones de dichos ensayos a un paciente sanjuanino que para mí tiene una miocardiopatía dilatada chagásica?

Le envió un cordial saludo. El abrazo me lo guardo para cuando Usted vuelva a tutearme

Edgardo Schapachnik

Querido Brother, aclaremos algunas cosas, el origen de la cardiomiopatía **no influye en la decisión de indicar terapia de resincronización, PERO SI PUEDE TENER UN ROL EN LA RESPUESTA.**

La mayoría de los ensayos clínicos **NO ENCUENTRAN MAYORES DIFERENCIAS CON RESPECTO A LA MEJORA CLÍNICA O PRESENCIA DE REMODELADO INVERSO CUANDO COMPARAN GRUPOS ISQUEMICOS VS NO ISQUEMICOS.**

Pero si existe una **mayor tendencia a obtener una mejor respuesta a la TRC en pacientes con cardiopatía no isquémica.**

Y esto también tiene sentido ya que en las miocardiopatías idiopáticas, la desincronía ventricular se produciría especialmente por la presencia del trastorno de conducción intraventricular, mientras que en los de origen isquémico, además del trastorno de conducción, la presencia de escaras, defectos de perfusión, llevarían a alteraciones segmentarias de la contractilidad que muchas veces no podrían ser resincronizadas con un remodelamiento positivo o inverso, menor, también existiría relación en este grupo de pacientes con la cantidad de miocardio viable y la respuesta a la TRC.

La etiología de la cardiopatía, insisto, puede incidir en la RESPUESTA, pero no contraindica la indicación, como también influyen la clase funcional (peor respuesta a mayor CF (IV con necesidad de inotrópicos), esto relaciona con una gran enfermedad o enfermedad muy avanzada. En los pacientes con CF IV ambulatoria, claramente el COMPANION demostró disminuir el número de internaciones y la mortalidad total, y cuando se asoció TRC a CDI disminuyó además el riesgo de muerte arrítmica.

Otros elementos que también pueden influir en la respuesta son el tamaño del ventrículo izquierdo y el grado de insuficiencia mitral, a mayor tamaño y mayor IM,, peor respuesta Y otros más, que si querés después los discutimos

Ahi van algunas citas, después te paso más.

1- Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, et al, for the Comparison of Medical Therapy, Pacing and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) Investigators. Cardiac-Resynchronization Therapy with or without an Implantable Defibrillator in Advanced Chronic Heart Failure. N Eng J Med 2004; 350: 2140-50

2- Young JB, Abraham WT, Smith AL, et al. Multicenter InSync Combined cardiac resynchronization and implantable cardioversion defibrillation in advanced chronic heart failure: the MIRACLE ICD Trial. JAMA 2003; 289: 2685-94

3- Cleland JG, Daubert JC, Erdmann E, et al, for the Cardiac Resynchronization Heart Failure (CARE-HF) Study Investigators. The effect of Cardiac Resynchronization on morbidity and mortality in Heart Failure. N Engl J Med 2005;352: 1539-49

4- Reuter S, Garrigue S, Barold SS, et al. Comparison of characteristics in responders versus non responders with biventricular pacing for drug-resistant congestive heart failure. AmJ Cardiol 2002; 89(3): 346-50

5- Linde C, Leclercq C, Rex S, et al. Long-Term benefits of biventricular pacing in congestive heart failure: Results from the Multisite Stimulation In Cardiomyopathy (MUSTIC) Study. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 111-8

Estimado Edgardo

Si un paciente tuvo un infarto y mala función ventricular, presenta serología positiva, entonces ¿tiene cardiopatía chagásica? No lo se. Ud es el experto y Ud dirá. Su sarcástica pregunta me impone tratarlo de Ud.

Para mi conocimiento, Moss y Tang no conocen de cerca la vinchuca.

Francisco

esto es como decir: tenés razón, no hay nada en la literatura, pero igual me impresiona que tengo razón...

Esperaba algo un poco más contundente. Si lo encontrás, compartilo. Las citas propuestas NO muestran diferencias en ambas cardiopatías.

Siga participando

Adrián Baranchuk

Hola Adrian, saludos desde Rep Dominicana!

Me gustaría me transmita los valores a que esperamos (objetivamente en cuanto a %) en una respuesta a la TRC. Creo haberlo visto en unas de tu diaporamas.

Gracias,

Juanico Cedano

Completo un poco más el término que deslicé de que los isquémicos podrían responder menos que los no isquémicos y pido disculpas si estoy equivocado:

1- En el estudio de Reuter en 102 pacientes consecutivos y seguidos durante un año consideraron como no respondedor a aquellos que no mejoraron la clase funcional y no disminuyeron la puntuación de calidad de vida (utilizaron un parámetro clínico puramente que no es lo ideal) y encontraron que hubo un mayor % de respondedores en los idiopáticos vs isquémicos (45% vs 33%, p 0,01)

2- Gasparini en un estudio de 154 pacientes, ambos grupos (isquémicos y no isquémicos) mejoraron, pero los no isquémicos tuvieron un mayor incremento de la FEVI (p 0,01) y una mayor mejoría en la CF (p 0,05)

3- El MIRACLE y el MUSTIC, en ambos grupos hubo remodelado positivo o inverso, pero fue mayor en el grupo no isquémico, con mayor grado de disminución de los diámetros ventriculares y en un subanálisis del MUSTIC demuestra también una mayor reducción en la CF en los no isquémicos

4- Por ejemplo el CARE-HF muestra una tendencia a una mayor respuesta a la TRC en los de origen isquémico cuando lo comparan con otras causas de cardiopatía no isquémicas. Pero estas diferencias no se vieron en el COMPANION, tal vez esto relacionado a que en el CARE-HF hubo menor inclusión de pacientes isquémicos (38% vs

55%)

5- El estudio SCARS (español) que fue diseñado para identificar predictores de respuesta clínica a la TRC, se demostró una probabilidad de respuesta de casi tres veces menos en pacientes isquémicos (OR:2,9, IC:95% 1,2-7, p=0,023)

Quiero aclarar ya que releí mi primer mail sobre el tema, y vuelvo a pedir disculpas, donde escribo.....son los menos respondedores, referido a los isquémico necróticos, he querido transmitir en realidad que pueden eventualmente responder menos que un no isquémico, en igualdad de condiciones, pero también debo aclarar que el mayor grupo de pacientes con indicación de TRC se lo lleva por lejos la cardiopatía isquémica, y es una terapia altamente efectiva en estos pacientes, y el grupo de no respondedores que es de alrededor del 30%, y cuando se analizan por qué un paciente responde y otro no, entre ellos se ha identificado el substrato por un lado, pero también existen otros elementos entre ellos la técnica y posicionamiento del electrodo ventricular izquierdo (muchas veces decimos que no respondió a la TRC, y en realidad nunca podría responder porque nuestro electrodo está en cualquier parte, porque además canalizar el seno coronario y encontrar la vena subsidiaria adecuada, no siempre es fácil, generalmente es difícil ya que son miocardios muy enfermos) y la posterior programación y seguimiento del dispositivo

Saludos

Francisco Femenia

Gracias Francisco, estos dos últimos emails son de lo mejor que se ha publicado en el foro últimamente. Tal vez al principio fuiste demasiado rápido a una conclusión que como vemos requiere una lectura muy minuciosa de este tema.

Es el pecado que puede cometerse cuando uno lee mucho sobre un tema y tiene mucha información. Para los que leemos menos en CRT, es importante que nos expliques los conceptos despacio, y mostrando por qué pensás como pensás. Gracias por tomarte el tiempo para desasnarnos.

Un fuerte abrazo, amigo

Adrian Baranchuk

PS: Querido Juanico, el porcentaje de respondedores es de más o menos 70%.

Adrián:

Este paciente del que estamos hablando no tuvo infarto según entendí de la presentación. Tiene una miocardiopatía dilatada que actualmente está asintomático (con tratamiento farmacológico) y no tenemos cifras actuales sobre su Fey.

Tiene una severa enfermedad coronaria con factores de riesgo graves y además tiene serología reactiva para Chagas. Ambas situaciones pueden ser causales de miocardiopatía dilatada. Los trastornos de conducción no son específicos pero son muy sugestivos de la cardiopatía chagásica

Con toda franqueza no me parece que sea pertinente, ignorando su función ventricular actual y hallándose asintomático (o sea en clase funcional 0 o 1) equipararlos a los pacientes del Madit CRT o del RAFT que exigían Fey < a 30%, clase funcional I o II en el de Moss y II o III en el de Tang y QRS ancho (30% era la Fey del paciente cuando se hallaba sin tratamiento y en clase funcional III) y no me parece que en esta situación clínica tenga indicación de TRC.

¿O debemos resincronizar a todos los pacientes con miocardiopatía dilatadas I ó II?

Y además, según creo recordar en ninguno de los dos estudios mencionados se comparó la morbimortalidad contra un grupo que recibiera sólo tratamiento farmacológico. ¿O me equivoco fiero?

Edgardo Schapachnik

Dres. del foro:

Muchas gracias por su participación tan enriquecedora para una cardióloga que recién comienza.

Paso a comentar: el paciente llega a mí hace un año y el diagnóstico de Chagas se lo hago en ese entonces, llega con los síntomas y eco que ya comenté y no podría saber si fue el Chagas primero o segundo (huevo o gallina), si hay cómo saberlo espero comentarios.

En cuanto a su fracción de eyección no ha cambiado respecto a la previa, si han mejorado los síntomas y las reinternaciones hasta ahora.

Cuando el paciente se internó los médicos de coronaria indicaban solo un VVI... así que empezó un poco la lucha, después logramos un DDD, pero yo por acción social pedí un resincronizador, no me anime al CDI, aunque también lo pensé Dr. Femenia, pero no tenía TVNS documentada y nadie avalaba esa postura.

No tengo experiencia en pacientes con CDI ni con resincronizador, este sería el primero, pero cambiar de un VVI a un resincro (aunque el paciente estaría de alta) me pareció un pequeño logro, disculpen mi mediocridad.

Gracias como siempre.

Dra. Paola Courtade.

Buen análisis Profesor Edgardo.

1. Este paciente, en los únicos latidos conducidos (durante la fase 2:1, presenta BCRI. Si no me equivoco el BCRI es el trastorno de conducción MENOS frecuente de ver en Chagas (3-6%) mientras que BCRD con o sin asociación con LAFB son los más frecuentes. ¿Es así? Reconfirme por favor.

2. La CRT solo se recomienda si el paciente ya ha intentado tratamiento óptimo farmacológico. Antes, se pedía total refractariedad, hoy solo que siga con ICC leve.

3. Si concuerdo en hacer otra Fey, porque si con tratamiento la Fey mejoró por arriba del 35%, entonces Ud llevaría razón, y solo correspondería un marcapasos.

Lo sigo tratando de Ud, como verá. Pero ahora por respeto a su postura.

Adrián Baranchuk

Querida Paola:

Sólo para decirte que no hay mediocridad en juego en este apasionante y apasionado debate.

Sólo hay colegas más viejos que han tenido más tiempo para ver más enfermos y leer más libros

Mediocre hubiera sido no presentar el caso, no discutirlo, porque para el mediocre, todo da lo mismo. No hay ideales, no hay futuro, nada vale la pena.

Tal vez mediocre pudiera ser el que pretenda ganar la discusión con la retórica y no llegar a la verdad.

No es el caso, querida Paola

Afectuosamente

Querido Adrian:

Es absolutamente cierto lo que decís. En el ECG con BAV 2:1 la imagen conducida es la de un BCRI, trastorno de conducción infrecuente en la cardiopatía chagásica, aunque no imposible de ver.

Pero si razonamos que quizás, como proponía Andrés, el latido bloqueado lo es en la rama derecha (aunque pudiera ser en el NAV) estaríamos frente a un bloqueo de rama bilateral o trifascicular y en este supuesto puedo seguir pensando en el Chagas como etiología preponderante (así es como había razonado).

Respecto a la CRT, ¿podrías sugerirme qué leer donde se demuestre que la resincro es

superior al tratamiento médico que sólo logre como objetivo retrotraer la Clase funcional a Clase I?

Ahora, por lo que refiere Paola, la Fey sigue clavada en 30% a pesar de que el paciente sigue asintomático. ¿Seguís indicándole TRC?

Yo te mando un abrazo.

Edgardo Schapachnik

Profe

Cae la nieve junto a mis esperanzas que este fuera un invierno moderado.

¡Grande Maestro!

Este es otro de los emails que guardaremos con Francisco para nuestro libro.

Es un orgullo que Ud sea el que nos modere, Profesor Edgardo.

1. Respecto al paciente: cuando conduce con 2:1 y BCRI, indica que la rama derecha esta conduciendo (sino es bloqueo AV completo). A pesar de todo el entuerto que este caso produjo, en el ECG el paciente esta en bloqueo AV completo con RITMO de escape ventricular izquierdo. Donde se produjo el último nivel de bloqueo? Como dice Andrés, no lo sabemos (distal en la rama derecha, proximal en el nodo AV? Chi lo sa....

Pero creo concuerda conmigo que esto NO es la presentación típica de una cardiopatía chagásica.

En adición, tener enfermedad de tres vasos, algo nos dice de su posible componente isquémico...en Flores decimos: si ladra y mueve la cola al ver al diarero....

2. El primer estudio en CRT y end points más fuertes que tolerancia al ejercicio y CF que compara lo que buscas, es el COMPANION. Por favor revisalo como los otros, y contanos tu impresión. Antes del ICOMPANION: MUSTIC, INSYNC y varios otros que no me vienen a la cabeza esta mañana gris.

3. Para clarificar el punto de la Dra Courtade: le recomiendo leer las guías europeas o ACC-AHA de indicación de dispositivos implantables.

Lo saludo a Ud con mi consideración mas distinguida (guauuuuu!!!!!!!!!!!!)

Adrián Baranchuk

Queridos amigos del foro y en especial para ese campeón de idealismo nuestro conductor Edgardo.

"Deus, para a felicidade do homem, inventou a fé e o amor. O Diabo, invejoso, fez o homem confundir fé com religião e amor com casamento".

Gracias querido Edgardo por tus explicaciones claras a la joven colega.

El hombre mediocre es incapaz de usar su imaginación para concebir ideales que le propongan un futuro por el cual luchar. De ahí que se vuelva sumiso a toda rutina, a los prejuicios, a las domesticidades y así se vuelva parte de un rebaño o colectividad, cuyas acciones o motivos no cuestiona, sino que sigue ciegamente. El mediocre es dócil, maleable, ignorante, un ser vegetativo, carente de personalidad, contrario a la perfección, solidario y cómplice de los intereses creados que lo hacen borrego del rebaño social.

Vive según las conveniencias y no logra aprender a amar. En su vida acomodaticia se vuelve vil y escéptico, cobarde. Los mediocres no son genios, ni héroes ni santos.

Un hombre mediocre no acepta ideas distintas a las que ya ha recibido por tradición (aquí se ve en parte la idea positivista de la época, el hombre como receptor y continuador de la herencia biológica), sin darse cuenta de que justamente las creencias son relativas a quien las cree, pudiendo existir hombres con ideas totalmente contrarias al mismo tiempo. A su vez, el hombre mediocre entra en una lucha contra el idealismo por envidia, intenta opacar desesperadamente toda acción noble, porque sabe que su existencia depende de que el idealista nunca sea reconocido y de que no se ponga por encima de sí.

El idealista es un hombre capaz de usar su imaginación para concebir ideales legitimados sólo por la experiencia y se propone seguir quimeras, ideales de perfección muy altos, en los cuales pone su fe, para cambiar el pasado en favor del porvenir; por eso está en continuo proceso de transformación, que se ajusta a las variaciones de la realidad. El idealista contribuye con sus ideales a la evolución social, por ser original y único; se perfila como un ser individualista que no se somete a dogmas morales ni sociales; consiguientemente, los mediocres se le oponen.

El idealista es soñador, entusiasta, culto, de personalidad diferente, generoso, indisciplinado contra los dogmáticos. Como un ser afín a lo cualitativo, puede distinguir entre lo mejor y lo peor; no entre el más y el menos, como lo haría el mediocre. Sin los idealistas no habría progreso: su juventud y renovación son constantes. El idealista tiene su propia verdad y no se supedita a la de los otros; no se mueve por criterios acomodaticios, sino según ideales más altos. En cuanto a las circunstancias, su medio, la educación que recibe de otros, las personas que lo tutelan y las cosas que lo rodean, se levanta por encima de ellos: piensa por sí mismo. No busca el éxito, sino la gloria, ya que el éxito es solo momentáneo: tan pronto como llega se va.

Edgardiño querido tu eres para mi el arquetipo del idialista!

Andrés R. Pérez Riera

¡Gracias, Andrés!
Entonces, vos sos nuestro **José Ingenieros**

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Gracias por tan lindas palabras Dr. Edgardo y por crear este foro que acorta distancias y nos hace a todos más humanos.
Paola Courtade.

Hola a los colegas del Foro:

Para completar el caso presentado el fin de semana:

He conseguido la Hisotria Clínica vieja del Paciente CP, de 56 años:

Aquí van algunos datos de interés:

-Peso: 84 Kgs; E: 1,65 Sup. Corporal:1,91 m2

-IAM en el 2.000; está referido pero no consta evolución enzimática ni ECG ya q estuvo internado en otro centro asistencial;

-Cat. Cardiaco de fecha 31-08-09:Tronco CI: libre de lesiones;

CI: DA: Obstrucción en el 1/3 medio de la DA, excéntrica, del 50%;

CX: Obstrucción del 70% de un último ramo ventricular posterior;

CD: Sin lesiones angiográficamente demostrables;

Presiones:102/0/10; Ao:100/65;

F. Eyección: 35%

Motilidad: Hipoquinesia severa en la región anterior, aquinesia inferior y apical; IM leve;

-Internación en Marzo/10: ICC descompensada;

-Internación en Mayo/10: Derrame pleural derecho importante + ICC Descompensada;

-Laboratorio p/Chagas: No he encontrado en su H. Clínica; no hay referencia de algún

resultado positivo al menos del familiar;

-Informe del Ecocardiog 2D +Doppler realizado en la fecha:(17/01/11): (Ver Fotos aparte)

VI: 69X52 Raiz Ao: 37 F. Eyecc:30%

SIV:12 Ao Asc.:30

PP 11 VD:20

AI: 45 Masa VI: 185

IMIVI:202 gr/m²

VI diltado;

Aquinesia, ausencia de engrosamiento sistólico y afinamiento de los segmentos anteromedial, anteroapical, apical propiamente dicho, inferoapical, con hipocinesia parietal, apical propia. dicho, inferoapical con hipocinesia parietal, moderada a severa del resto de los segmentos, que son hipertróficos;

Déficit de la función sistólica de grado severo (30%); patrón restrictivo de la función diastólica;

Compatible con hallazgos de Miocardiopatía dilatada, sin masas endocavitarias en sus cavidades;

Tabique interauricular íntegro, normal;

V. Mitral de hipoflujo, c/distancia mitroseptal aumentada; E/A>3; Presenta en sístole un jet regurgitante céntrico que llega hasta el 1/3 posterior de la AI, con display color "mosaico" en sístole en AI; con aliasing en pulso, área del Jet regurgitante de 8 cm²; y relación AJR/AAI de 20%. I Mitral leve;

Raiz de Ao a nivel anular, sinusal, union sino-tubular y Ao Ascendente: Normales; Cayado Ao: Normal;

VAórtica trivalva, competente y Normal;

VT: con IT leve;

PSAP: estimada en 50mmHg;

VP: Normal;

Pericardio: Normal;

Informe Final:

-Eco Doppler compatble con Miocardiopatía dilatada;

-Dilatacion de VI con Hipertrofia parietal concéntrica;

-Dilatación de AI; Dil. de cavidades derechas,

-IM disfuncional de grado leve;

-IT de grado leve;

-Déficit severo de la función sistólica del VI,

-Creo, q es importante señalar, que en la evolución, además de su HTA, DLP, DBT, el paciente tuvo hace aprox 11 años un IAM, (es decir cuando el paciente tenía 45 años) que le dejó secuelas en todo su miocardio (cardiopatía aterosclerótica), pero que sus arterias coronarias, al menos a la fecha del cateterismo cardíaco estaban con algunas obstrucciones pero no tan severas, (asociación cardiopatia isquémica + DBT) o todo ello + miocardiopatía chagásica; como opinó nuestra compañera Dra Courtade, ¡quien sabe q fué lo primero!; No obstante, espero en días más tener la confirmación del Lab. para Chagas; de dar negativo, éste caso se comportaría como una Miocardiopatía Aterosclerótica de origen isquémico hipertensiva-diabética; y q si se confirma el Chagas positivo, debo pensar que primero fué chagásico, y que luego se agregó la isquemia y las obstrucciones de sus coronarias con el agravante de la DBT, transformando seriamente la arquitectura del corazón, y con sus internaciones por ICC descompensada y los Bloqueos que hemos presentado.

-Por otro lado, he tratado de buscar en la HC vieja algún laboratorio + para Chagas y no hay ni siquiera referencias. No obstante hoy se le ha pedido;

-En la HC vieja, hay un EDG con FA de moderada a alta FC que alterna con latidos que impresionan con BAVC (?) c/ latidos anchos, que por falta de tiempo no lo he retirado y pegado para mostrarles;

-Se le ha pedido un MPD tipo DDDR; en éstos días se lo implantan.

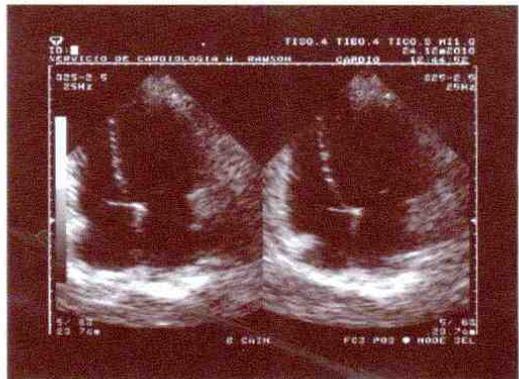
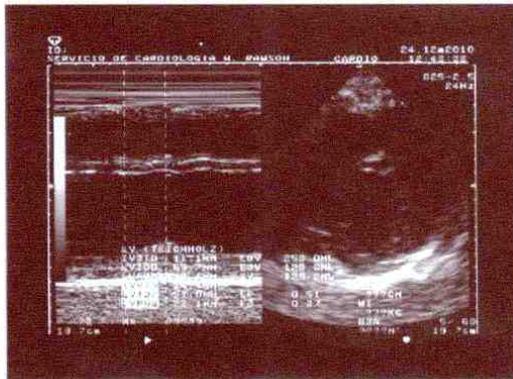
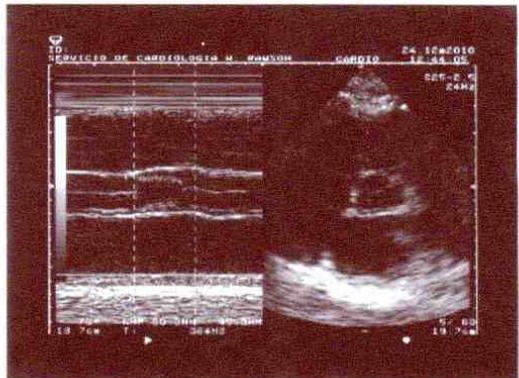
Eso es lo q tenía de pendiente para ilustrar más el caso, en el convencimiento, siempre, de que la Electrocardiografía, unida a la Clínica y los estudios complementrios son el ABC de nuestra profesión;

Nota: por el tamaño del Dato Adjunto, va en dos archivos separados, de 596 c/u

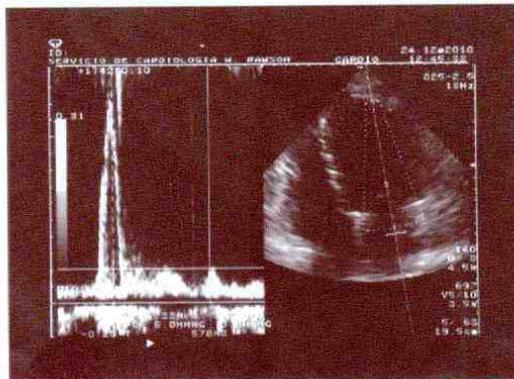
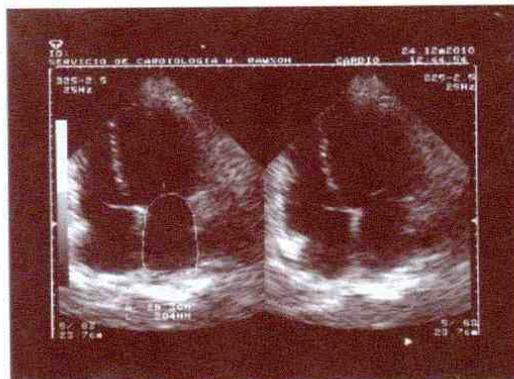
Un saludo

Dr. Carlos A. Soria

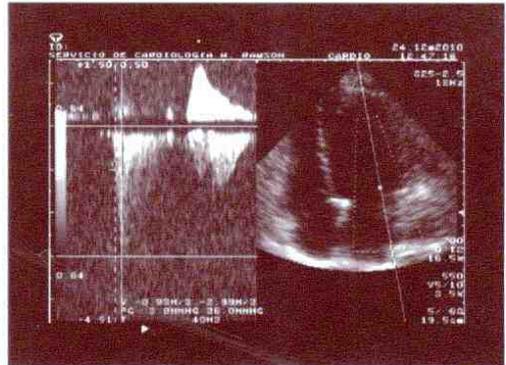
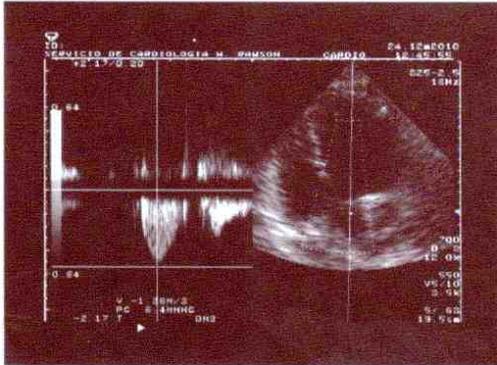
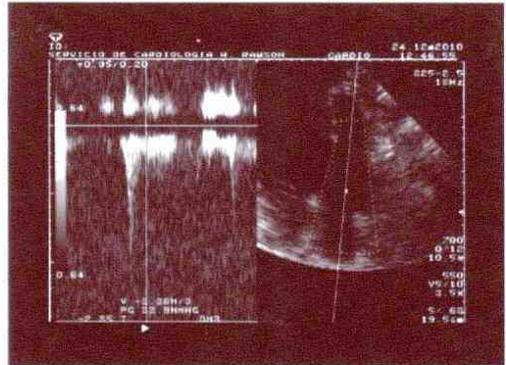
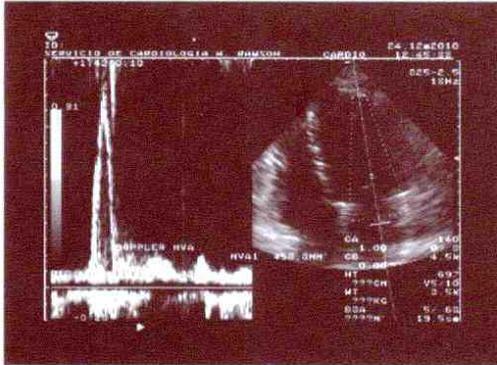
CP 56 años UCO 9/2



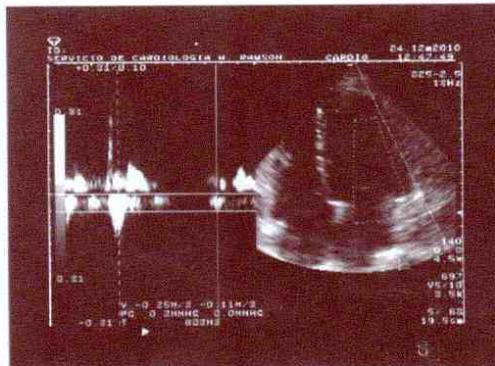
17-01-11



CP 56 años UCO 9/2



17-01-11



Dr. Soria, deberían ponerse de acuerdo, según los mails de la Dra. Paola, le solicitaron un resincronizador, ¿en qué quedamos?

Yo definitivamente le doy mi punto de vista final a modo de tener un resumen al menos para mi entendimiento, lo que finalmente Paola dejó en claro es que este paciente con antecedentes de Chagas, diabetes y cardiopatía isquémica, presenta al momento de su último ingreso una Miocardiopatía Dilatada con severo deterioro de la función ventricular, en tratamiento farmacológico óptimo, y en clase funcional II, que además presenta Bloqueo AV completo, causal de sus últimos síntomas.

Este paciente tiene, indicación de estimulación ventricular permanente y además podemos discutir la necesidad de prevención primaria para muerte súbita, a través de un CDI o DAI. Hasta acá todo va bien.

1- Si por cuestiones económicas, de obra social, etc, etc, no se puede solicitar un CDI, marcapasos DR

2- Si por cuestiones económicas, de obra social, etc, etc, no se puede solicitar un TRC, marcapasos DR

Lo ideal en este paciente sería el implante de un CDI bicameral. Ahora bien si voy a implantar un dispositivo pesado, puedo hacer un esfuerzo e implantar directamente un resincronizador plus CDI. Logro estimulación biventricular, con lo que al menos no lo voy a desincronizar aún más por la estimulación preferencial de ventrículo derecho solo (aún no este en clase funcional III-IV, se puede indicar en CF II), prevengo la MS, además estos pacientes presentan generalmente TV eléctricamente estables, dándome la posibilidad de utilizar terapias antitaquicardia por estimulación y no choques, además de los choques si fueran necesarios, y finalmente trato el trastorno de conducción severo que motivó la internación.

Discúlpeme por lo reiterativo, pero este es mi razonamiento más o menos lógico que he intentado hacer con su paciente,

Saludos

Francisco Femenia

Hola amigos

Creo que no importa mucho el desacuerdo entre jefe y colega joven (no quiero que la Dra Courtade se inhiba de traer más casos en el futuro). En nuestro centro pasa lo mismo, uno dice una cosa, otro otra, y al fin nos ponemos todos de acuerdo...la mayoría de las veces...

Estoy 100% de acuerdo con el manejo propuesto por Francisco, siempre y cuando las limitaciones económicas no sean el "driver" de las decisiones medicas.

En resumen:

- 1.El paciente necesita estimulación de soporte
- 2.Tiene indicación de CDI como profilaxis primaria
- 3.Tiene indicación de CRT para optimizar tratamiento de la ICC

Todo lo demás que sea limitaciones dado condiciones socio-economicas, no debe hacernos perder el objetivo de este foro, que es EDUCARNOS, el resto pasa a un plano anecdótico, que es bueno compartirlo, para ahuyentar las penas.

Salud

Adrián Baranchuk

Doctores del foro: El pedido a la obra social fue un Resincornizador (el jueves), la respuesta a dicho pedido fue: DDDR. Eso esta más allá.
Les agradezco muchisimo por todos los conceptos, comentarios, discusiones. Fueron de mucha ayuda.
Y la última pregunta, ¿se irá de alta con amiodarona, digoxina, ademas de su beta bloqueante?
Gracias y disculpen si causamos controversia innecesaria.

Dra. Paola Courtade.

¡Qué bueno el foro!, amigos, si no hay fuerza económica como suele suceder muchas veces en toda nuestra América Latina yo me inclinaria por un resincronizador (TRC), ¿ las causas? está demostrado que el resincronizador mejora la calidad de vida en un 70% de las veces, el DAI no mejora la calidad de vida, el resincronizador por si solo tambien mejora la mortalidad como ha demostrado el estudio CARE, pero estamos claro que lo ideal es un TRCD, lamentablemente yo no vi los ECG del paciente pero asumo que tiene Bloqueo de Ramo Izquierdo

Carlos Rodríguez Artuza

Hola a los integrantes y asiduos "lectores" del Foro de Arritmias:

Pienso q el paciente, aún joven con sus 56 años, con antecedentes de IAM a los 45, DBT, DLP, HTA; probable infección chagásica en la infancia; que con el tiempo desarrolló una Miocardiopatía Dilatada, que alteró su arquitectura del VI, primero remodelando su VI, luego con un HVI concéntrica, luego con una dilatación de las cuatro cavidades, que tuvo varias internaciones por ICC descompensada, y que para rematar, se interna por un BAVC; ha pasado por todas las etapas previas de una patología que se llama ICC q es la parte final, un número importante de patologías, como lo dijo el Dr Samuel: las infiltrativas-hipertólicas, que sería este caso, las valvulares,etc. Todas ellas, si bien en su comienzo tienen una forma de presentación quizás diferente, en su etapa final, se comportan de la misma manera: con síntomas y signos de ICC + arritmias + embolias +ACV + MS; Que el paciente CP de 56 años, necesita de una estimulación de soporte es innegable y necesario;
El CDI, que no es tan caro como lo es una CRT, a ambos, las obras sociales, le escapan, no quieren autorizar su compra y los pobres pacientes están a merced de ellas,
En el caso planteado, la Obra Social le autorizó un DDDR; en fin, como dijo la Dra Courtade. Eso está mas allá.

No es que yo sea el Jefe de ella. En realidad no soy Jefe. Soy médico asistente con una vientena de años en la cardiología;
Tanto a ella como a otros colegas jóvenes que se van sumando en los servicios, trato de hacerles ver lo importante de los ECGS y su repercusiones clínicas y las desiciones que hay que tomar;
Le hago hincapié, que más allá de los pesos, que luego vienen solos, hay que querer lo que uno hace y entusiasmarse.
En mi caso, mis "maestros" en su tiempo también influenciaron en mí, y aprendí lo que aprendí de ellos; que cada ECG, por simple y normal que parezca, es un desafío; que enfrente de ese ECG, que es un método complementario pero no aislado, que hay una persona, que para nosotros se llama paciente y que tiene que recibir de nosotros, la seguridad del diagnóstico de la problemática que posee; con firmeza, con conocimiento, pero con seguridad.

Espero que con la Dra Courtade, Dra Cristina Romarión, Dra Ana Tripolone, y otros colegas de nuestro Servicio, continuemos entusiasmándonos por éstos ECG, y aprendiendo cada día más; ahora con la ueextraordinaria ayuda de los colegas de éste Foro, cosa que cuando nosotros comenzamos hace unos buenos años, no las teníamos y algunos fuimos sobre todo autodidactas en un comienzo, luego agregarnos a

los Servicios de Clínica Médica, guardias de UCO, Residencia de Cardiología, etc, etc. y así nos fuimos formando, con virtudes y defectos.

Gracias a todos los colegas de aquí y de más allá que opinaron y que a su vez constantemente están enviando casos interesantes al Foro:
Gracias Adrián , Femenía, Samuel, Prof Andrés, Ana Courtade, Edgardo, y todos los que no escriben pero que nos leen.

Dr. Carlos A Soria

Estimados colegas del foro

Opino que

1 - en principio el paciente tiene indicación de un DDD, pero con la contra de desincronizarlo y no mejorar la Fey o empeorarla (síndrome de marcapaso DDD)
2 - por eso sería interesante tener criterios de disincronía para indicar un RSC y mejorar la función ventricular (que son los pacientes respondedores, porque si no hay criterios de disincronía los resultados no son del todo favorables)

Por eso realizaría para determinar si es "respondedor potencial" con ecodopler convencional evaluación de ;

a - disincronía AV; cociente dur ciclo cardiaco/LL.V= < 40 % hay disincronía

b - disincronía intraventricular:

- con modo M:

medición pico de excurción sistólica septo - pared posterior (> 140 ms disinc)

- con doppler pulsado :

per p. ey ao (> 130 ms -disincronia)

- si se dispone doppler tisular (mejor) medición de:

- diferencia de tiempo de inicio de QRS a velocidad pico de segmentos septal y lateral (hay disincronía, si es mayor de 60 ms entre dichos segmentos)

- doppler tisular color

c - disincronia interventricular

medicion de diferencia de tiempos de periodo p.ey pulm -p.vey ao (disincronía si es > de 40 ms

Por eco me parece más miocardiopatía dilatada isquémico-necrótica que chagásica, de todos modos la conducta sería igual con la diferencia que en caso de colocar el cable de seno coronario en el primer caso podemos encontrarnos con zonas de fibrosis y umbrales de estimulación elevados

Afectuosamente

Dr Juan Sirena

Centro de Chagas DR HUMBERTO LUGONES de Sgo Estero

Instituto Cardiologia Sgo Estero

El ECO muestra dilatación ventricular izquierda, insuficiencia mitral, patrón de flujo restrictivo en la vía de entrada del V.I. (disfunción diastólica severa), que va con lo que opina el Prof. Samuel (patología infiltrativa) No sé qué fracción de eyección le calcularon, pero estimo que debe ser baja. Es cierto que la mayoría de las decisiones terapéuticas estarán basadas en los hallazgos electrocardiográficos, pero los datos del ecocardiograma no son para nada despreciables.

Luciano Pereira

