

TV monomorfica sostenida en Chagas y función sistólica conservada – 2014

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimado Dr Edgardo le envío este caso para saber opinión del foro.

Paciente femenina de 68 años que ingresó en la urgencia después de un episodio de palpitaciones seguida de síncope.

Fue admitido con inestabilidad hemodinámica pero después de la cardioversión eléctrica presenta normalización de parámetros clínicos.

Ha diagnosticado cardiopatía chagásica cuando tenía 24 años.

En 1984 fue implantado un marcapaso (VVI) debido a una arritmia (no se puede decir).

La batería fue cambiada por última vez hace 8 años.

En uso de la amiodarona, difenilhidantoína y warfaria (amiodarona suspendido en los últimos días).

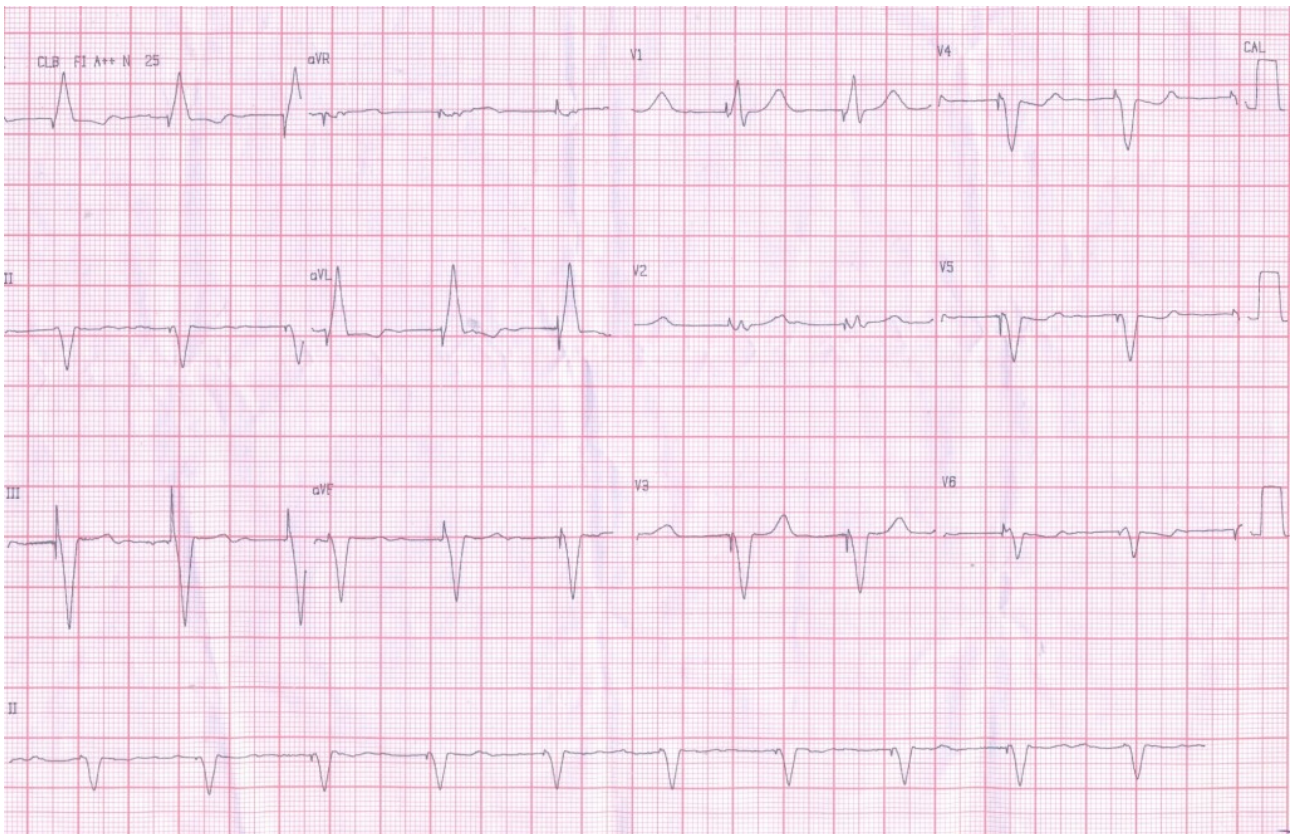
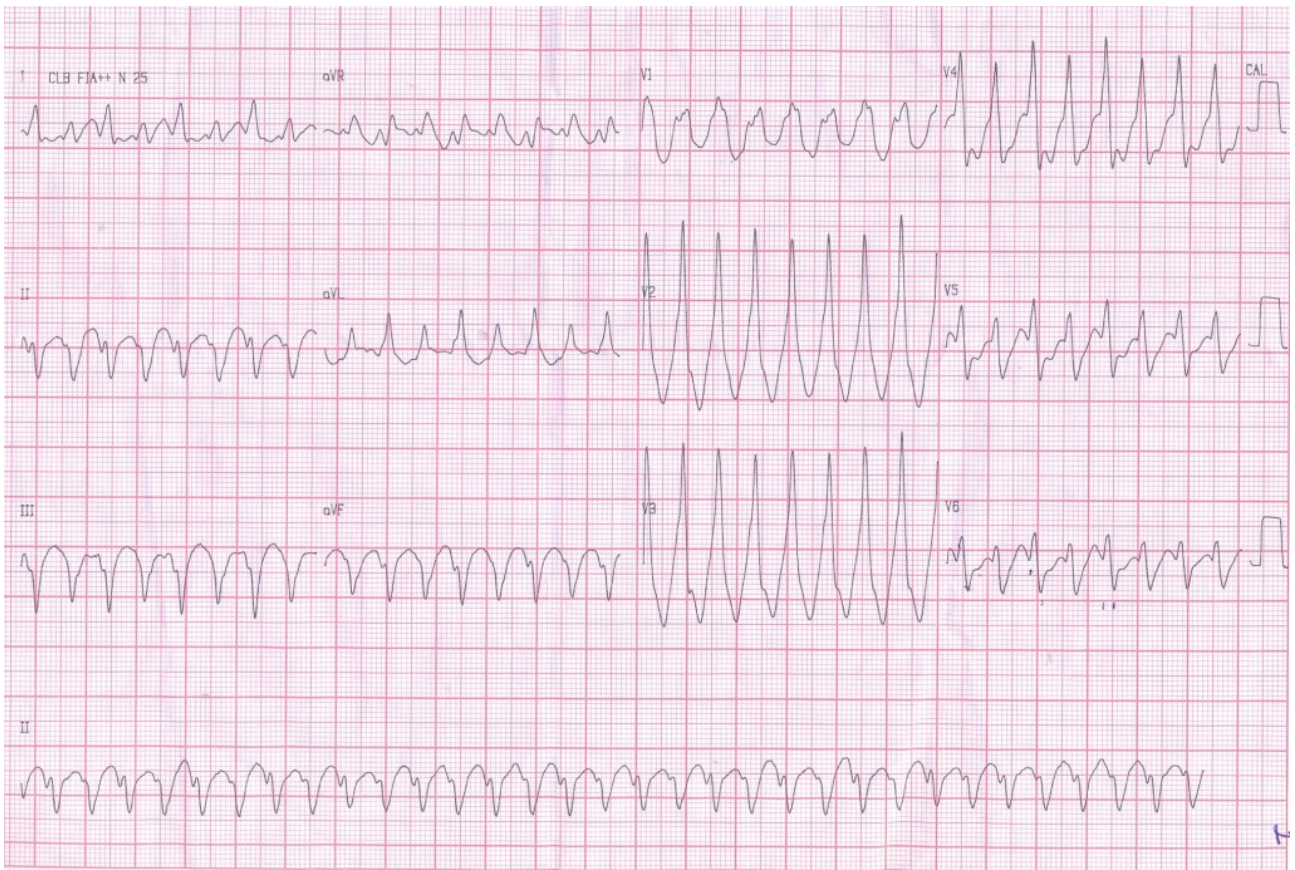
Historia de accidente cerebrovascular hace 9 años. No hay ningún informe previo de episodios sincopais. Clase funcional I

Ecocardiograma: VI = 62/40mm; función sistólica conservada (FE = 63%) AI = 46mm; septum = 10mm; pared posterior = 10mm; insuficiencia mitral y tricuspide moderada ; pericardio normal; presión sistólica pulmonar (32 mmHg); disfunción diastólica moderada.

¿Cuál es la conducta más apropiada en este momento?

Un abrazo a todos

Raimundo Barbosa Barros



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Raimundo

Estaría recomendado el uso de un CDI (¡si el ACV no es incapacitante!).

Hemos presentado en HRS que la TV refractaria del chagásico (independientemente de la FVI) es muy agresiva y los pacientes tienen el mismo curso que aquellos con FEVI deteriorada.

Saludos

Adrián Baranchuk

Querido Raimundo:

.... función sistólica conservada, pero con diámetro diastólico aumentado, disfunción diastólica e insuficiencia mitral y tricuspídea.

Me pregunto acerca de la anticoagulación. ¿Será porque alguna vez, tal vez a raíz del ACV, se diagnosticó un microaneurisma ventricular?

Recuerdo a los colegas que el ACV puede ser incluso la forma de presentación de la enfermedad de Chagas; es obligatorio pensar en Chagas ante todo ACV que se presenta sobre todo en jóvenes que habitan en zona endémica.

Respecto a la conducta, comparto lo que expresó Adrián, acerca del implante de un CDI

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Dr. Raimundo

1- En principio , opino que se trata de una TV monomórfica sostenida que se origina en punta de ventrículo izquierdo, con características de foco epicárdico, lo que me lleva a pensar en un posible aneurisma apical de VI, que muchas veces es causa de trombos en ápice que llevan a un ACV cardioembólico.

2- Me gustaría, que se busque minuciosamente en el eco, especialmente en vista apical la presencia de lesión apical y/o aneurisma. Además saber si la paciente tiene actividad auricular (presencia de onda A), debido a la posibilidad de la presencia de FA inducida con los años por la estimulación asincrónica VVI.

En ECG con marcapaseo VVI no logro identificar ondas P

3- La conducta a mi parecer sería:

a pesar de que la FEY es normal (que en chagásicos no discrimina la indicación de CDI - (ver trabajo de Adrián - Muratore – DiToro (pedirle la cita bibliográfica a Adrián) indicación de CDI con estimulación bicameral si tiene actividad auricular, para evitar disincronía AV y prevenir deterioro de FEY, y la posibilidad de disminuir carga arrítmica (Recurrencias o refractariedad a amiodarona) con ablación epicárdica (técnica Dr. Sosa e) a- b- continuar con aco por la posibilidad de aneurisma apical y/o fa

¡Recordar siempre en pacientes chagásicos con debut de ACV, la posibilidad de presencia de aneurismas apicales!

Abrazos a todos

Dr. Juan José Sirena

Centro Chagas Santiago del Estero

