

Evolución post IAM de paciente masculino de 48 años – 2016

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro. Desearía conocer su opinión del caso que envío.

1. Territorio afectado por el IAM
2. Evolucion posterior al mes en reingreso por malestar general, hipotenso (TA 100/60)
3. Su opinión de la evolución electrocardiografica y del ECG de reingreso.

Un cordial saludo.

Martin Ibarrola

Caso clínico electrocardiográfico

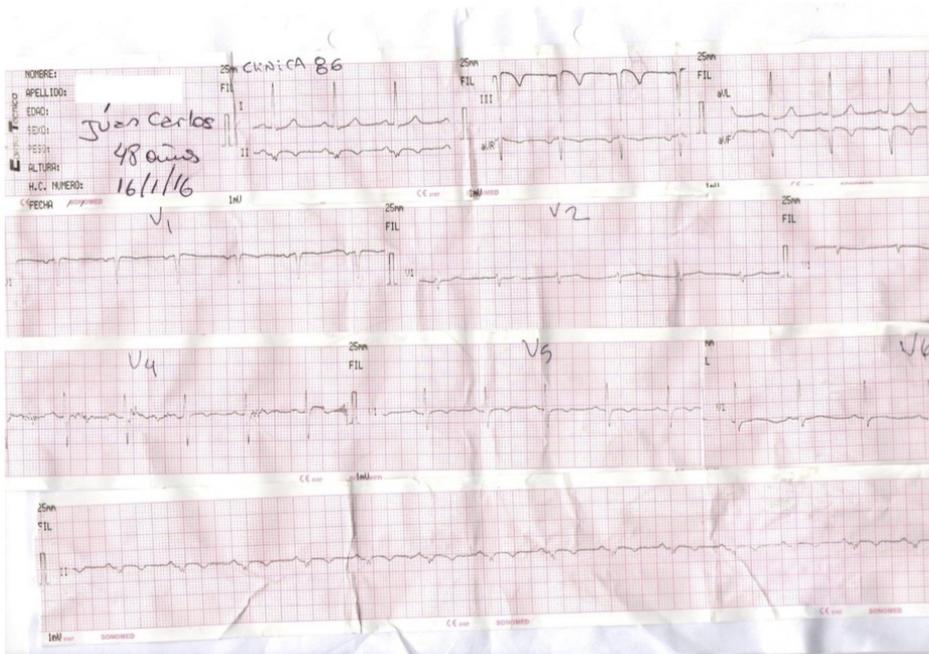
Paciente masculino de 48 años que presenta en el mes de enero IAM inferior (ECG 1), el HC refiere con criterios de repercusión positivo con trombolíticos. Es dado de alta con ECG 2 de egreso. Evoluciona estable sin angor ni equivalentes AP. DBT II medicado con metformina. HTA medicado con carvedilol 25 c-12 hs. Enalapril 10 c/12 hs. AAS. Clopidogrel. Atorvastatina 40 mg por día.

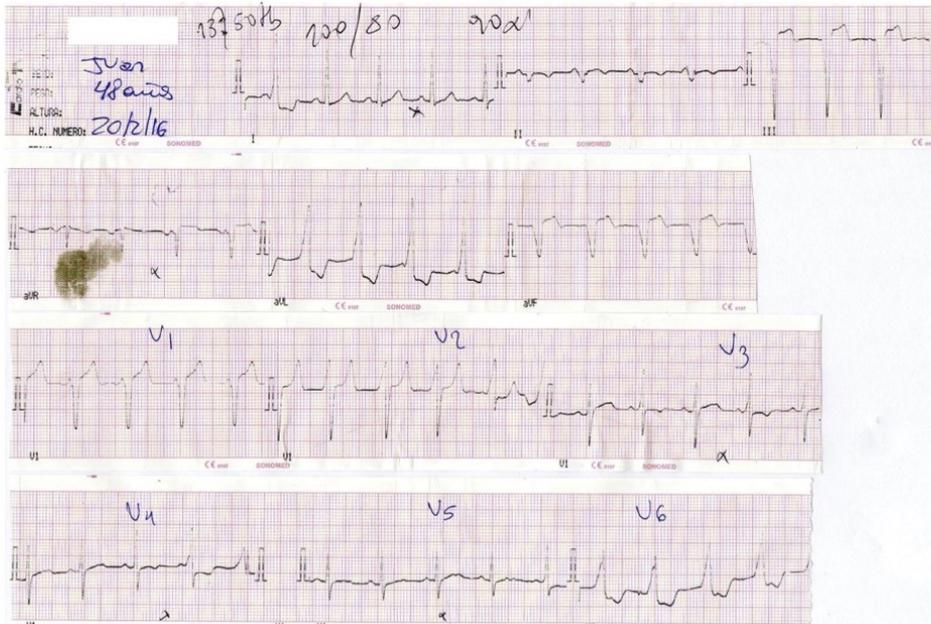
Evoluciona estable, al mes presenta episodio de malestar general, se realiza ECG (ECG2) al ingreso y uno nuevo (ECG 3) una vez estabilizado, asintomático. Enzimas cardíacas normales. ECG 4 día posterior al reingreso.

Recibe al alta hospitalaria a los 5 días (ECG 5).

Cual es la interpretación diagnóstica?

ECG 1. ECG en internación en el curso del IAM





ECG 3. Paciente estabilizado. ECG posterior al ingreso



ECG 4 al 1er día de ingreso

OPINIONES DE COLEGAS

Hola Martín

El primer EKG muestra un infarto inferior EVOLUCIONADO (posttrombolisis?), con alteraciones de la onda T en V4-5 sugestivos de enfermedad coronaria de al menos 2 vasos

El segundo EKG muestra un TV monomorfa de ciclo aprox 600 ms (100 lpm), incesante, disociada del ritmo sinusal de base, morfología de BRI y eje superior, lo cual es concordante con un origen en o cerca del área necrótica. Explica la sintomatología

El tercer EKG muestra ritmo sinusal alternando con la TV, de ahí los latidos de fusión y pseudo PR cortos y en el cuarto EKG no se evidencia.

A pesar de no tener angor, me parece mejor cateterizarlo y revascularizarlo, en vista que la isquemia (alta probabilidad) residual o en otro territorio o la insuficiencia cardíaca (sería bueno un ProBNP si no tiene datos clínicos de falla) esté facilitando la aparición de TV.

Podría argumentarse que la TV nace en el área de necrosis y que no necesariamente exista isquemia; pero por ser un IAM evolucionado (y electrocardiográficamente sin signos de reperfusión), tampoco se puede negar su presencia

Finalmente, si se resuelve su enfermedad coronaria y queda con baja FE deberá recibir ICD; si se documentan otros episodios como el de este caso, se podría intentar ablación, dado que tolera muy bien la TV

Gracias por compartir este caso

Voy a reenviarlo a la pagina de la SIAC!

Oswaldo Gutiérrez

Gracias por tu opinión Oswaldo y si deseas mejor calidad de imágenes para subirlo a página de la SIAC decime.

A mi criterio no presenta ecletrocardiográficamente signos de reperfusión sino una secuela inferior.

Sería interesante si algún integrante del foro como Miguel u otro desea brindar su opinión para sumarlas a la pagina de la SIAC.

Tengo ya los resultados del eco si deseas imágenes de éste, todavía no se ha realizado la CCG que tiene solicitada.

Si tiene territorios revascularizables, con una adecuada FEY ¿igualmente serías partidario de colocación de CDI?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Si claro Martín, si las tienes en forma de jpg mejor, gracias

Colocar un CDI con FE mayor de 0,35 es controversial, no existe evidencia que lo sustente más allá de casos anecdóticos. Algunos plantean ablación, pero tampoco garantiza su eliminación.

Yo optimizaría el tratamiento con betabloqueantes, IECAS, estatinas, etc después del cateterismo y lo observaría; si en el Holter reaparece esta TV, que es bien tolerada; trataría de ver si se comporta como de mecanismo automático, menos aún CDI. Si por el contrario, es reentrante, el CDI puede ser una opción, programándolo con amplias zonas de terapia o Marcapaseo antitaquicardia.

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

Hola

Perdón, no pude ver el caso.

¿A qué te refieres Oswaldo con la siguiente frase "*amplias zonas de terapia o marcapaseo antitaquicardia*"?

Lo de "*amplias zonas*" ¿qué quiere decir?

¿Por qué lo dicotomizas? ¿Una cosa o la otra?

Nosotros usamos ATP y choques en toda cardiopatía dilatada. Y usamos ATP during charge también.

Por favor, explícame cómo programan los CDI, ya que no estoy familiarizado con lo de "amplias". ¿Se refiere a número de zonas, al cutoff de cada zona o a qué?

Gracias

Abrazo

Adrián Baranchuk

Hola Adrián

Me refiero a programar mayor número de ráfagas (burst) y cada una con mayor número de estímulos (discutíamos si fuera el caso de colocarlo en un paciente con FE > 0,3) con TV incesante relacionada a IAM previo, de ciclo largo.

Desafortunadamente, una vez colocado el CDI, el paciente está expuesto a choques que podrían haberse evitado con ATP; es con las recurrencias y las reprogramaciones que se va considerando aumentarla

Desde luego, siempre dejamos una zona de desfibrilación (> 220 lpm) con ATP durante la carga

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

Hola Oswaldo

1. ¿Qué Fey quedó en este paciente?
2. ¿Qué drogas estaba tomando al momento de la TV?
3. ¿Lo mató esta TV tan lenta? ¿Necesita un CDI? Los CDI en TV lentas NO siempre son la mejor opción.
4. ¿Está isquémico este paciente? ¿Lo han estudiado y revascularizado luego de este evento de arritmia?

Esas son preguntas relacionadas al caso y si realmente necesita un CDI.

Ahora bien, si se lo implanta...

1. ¿Por qué quieres "mayor número de ráfagas", "mayor que qué"? ¿Cuál es el número "standard" para que tú digas que este caso requiere "mayor número"?
2. "Mayor numero de estímulos", ¿de nuevo "mayor que qué número"?

3. No entiendo nada la frase que empieza “*desafortunadamente, una vez colocado el CDI*”... ¿qué quieres decir? Una vez puesto el CDI, si no quieres choques agresivos, puedes reprogramar el device como tú quieras... ¿puedes explicarte mejor? Por favor, pon números a tus ideas así las discutimos una por una.

4. me doy cuenta que lo que tú propones es un “*Programming customized to patient*”, una estrategia que se usó mucho hace más de una década. Pero ahora eso NO se hace más, y solo se reprograma acorde al paciente, una vez presentada la arritmia espontánea. La tendencia actual, dada que las clínicas de devices tienen muchos médicos, es programar “*tailored to device*” es decir, una estrategia (separando obviamente a primaria vs secundaria) para cada “marca” de dispositivo. Los estudios han demostrado que esta estrategia es superior a programar de acuerdo a cada paciente. En CARDIOSTIM hablaré de este tema, exclusivamente para prevención primaria, si no puedes ir, con gusto te mando la charla que ya está lista, ya que hablé de esto mismo en IWAS.

Me gustaría saber la opinión de, ¿qué es un experto en este tema? Sergio, ¿Ud programan primaria y secundaria con un modelo fijo por dispositivo o hacen un “*customized*” por paciente? ¿Cuánta gente hay en tu clínica programando devices y cómo hacen para que haya un criterio de uniformidad?

Abrazo

Adrian Baranchuk

Amigos, todos estos aspectos están discutidos en el CONSENSO Sobre Programación y Test de Desfibrilación HRS-EHRA-SOLAECE-APHRS 2015, publicado en Heart Rhythm 2016. Wilkoff B, et al.

Es el primer documento oficial sobre el tema, donde se discute la principal evidencia sobre esto y se hacen algunas recomendaciones, diferenciando prevención primaria de secundaria, etc.

Yo tengo que hablar de esto en el próximo Congreso Español de arritmias (Bilbao abril 2016), por lo que puedo enviar la presentación a quien le interese.

Un cordial saludo

Luis Aguinaga

Gracias Luis.

El documento es fenomenal.

Pongo a disposición la sistemática de programación de Queen's y su hoja de llenado, dividiendo primaria de secundaria y compañía por compañía.

Adrian Baranchuk

La medicación que se encontraba recibiendo el paciente al ingreso era:

DBT II medicado con metformina. HTA medicado con carvedilol 25 c-12 hs. Enalapril 10 c/12 hs. AAS. Clopidogrel.

Atorvastina 40 mg por dia

En el ECO diametro Vi conservado con aquinesia inferior. FEY 42%.

No fué cateterizado luego de la reperfusión no exitosa (en la HC del alta refieren que fue existosa cosa que no comparto), en la evolución yo observo que presenta una progresión de la secuela inferior hasta el ECG actual luego del alta en que profundiza las ondas de necrosis en cara inferior y presenta T negativas en V5 y V6 simétricas que sospecho son por isquemia miocárdica.

No fue realizado aún nueva CCG.

Si desean les envío el ultimo ECG luego del alta en la primer consulta y pueden evaluar la evolución electrocardiografica de la secuela inferior.

Obviamente hay que descartar otras áreas en riesgo y la TV que casi parece un RIVA fue dentro del primer mes de la evolución de su infarto. No comprobé por Holter nuevos episodios de arritmias. Por lo que no pienso que tenga al momento actual parámetros para indicación de CDI, con los datos actuales.

Un saludo

Martin Ibarrola

Hola

Yo le haría una prueba funcional para determinar isquemia residual. Y si es positiva, revascularización como correspondiere.

Lo dejaría en BB, no le indicaría el CDI todavía hasta no saber si está isquémico y se lo puede revascularizar.

Saludos.

Adrian Baranchuk

Hola Adrián

Mi opinión se refería al paciente de la TV monomorfa y FE conservada, en caso se manejara con ICD. Es claro que esa opción habría que justificarla; de ser así, sería con “*Programming customized to patient*”: Comenzaría con al menos 5 salvas (burst), empezando con los 8 estímulos (default), leugo 12, 18, etc. Y programaría choques solo si la frecuencia fuera mayor de 160 ó 170 lpm, además de una zona para FV.

En los pacientes de indicación acorde a las guías, estoy de acuerdo; en los pacientes de prevención secundaria usamos por lo general 2 zonas de TV y una de FV; en prevención primaria una zona de TV y una de FV y se va programando según la presentación de arritmias espontáneas.

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez