

Mujer de 45 años con extrasístoles ventriculares sintomáticas – 2013

Dr. Emiliano Rodríguez Solana

Buen día al Foro.

Les comento una paciente de 45 años, sin cardiopatía estructural y sin otros antecedentes de importancia (No tabaco, No trastornos tiroideosetc) La paciente se presentó hace unos meses en el consultorio por palpitaciones de comienzo brusco y en ocasiones de forma escalonada que le ocurren en cualquier momento del día y de diferente duración (10 min o 4 horas).

El ECG (perdón, lo tenía pero algo le paso al Pendrive, lo pongo más tarde) Tiene EV frecuentes, monomorfas del tracto de salida del VD; le realicé un Holter que dió 6000 EV sintomáticas, bi y trigeminadas y episodios de duplas.

Le di bisoprolol a dosis máxima y luego de 2 meses repetí el Holter y no cambió en nada, por lo que le indiqué Amiodarona.

En el último Holter no se evidencian EV.

Preguntas: Amiodarona a una mujer joven no me gusta mucho por las complicaciones a larga data, ¿recomiendan algún otro tratamiento? ¿Cuál? ¿flecainida? ¿Dilitazen? ¿a qué dosis?

Las guías de AHA de EV son del 2006 y no encuentro alguna actualización de las mismas; ¿tienen alguna?

GRACIAS!!

Emiliano Rodríguez Solana

OPINIONES DE COLEGAS

Distinguido Dr. Solana, según mi experiencia hay que diferenciar ritmo ventricular del outflow VD 1) si aparecen con bradicardia sinusal o 2) durante taquicardia En el priimer caso no se debe dar ninguna droga que que reduce la frecuencia sinusal, no ayuda, pero empeora. En caso de aparecer durante taquicardia o durante el esfuerzo, generalmente es un producto de patología ventricular derecha. probable RIGHT VENTRICULAR DYSPLASIA

No hay droga antiarrítmica que pueda superar este fenómeno arrítmico, y la única solución eficaz es ablación

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado colega: hay varias cuestiones que me parece merecen mayor atención en casos como los que plantea.

En primer lugar ¿hay antecedentes familiares de arritmia o MS y si fuese así, ¿en qué circunstancias?.

Segundo: observación cuidadosa del ECG para detectar anomalías sutiles (o no tanto) que puedan hacer sospechar de una miocardiopatía arritmogénica.

Tercero: mapeo precordial para tener una mejor aproximación al sitio anatómico donde se halla el foco ectópico, ante la posibilidad de plantear un procedimiento de ablación por RF;

Cuarto: ¿no tiene cardiopatía estructural porque el ecocardiograma es normal? tiene una RMN cardíaca ?

En nuestro centro, ante casos similares, sin cardiopatía, sintomáticos por palpitaciones, tranquilizamos a la paciente y le recomendamos sólo controles periódicos. Si eso no fuese suficiente, empleamos d,l sotalol en dosis a titular y con los controles correspondientes. Esta conducta se justifica por la posibilidad de que la paciente se embarace, ya que no existen evidencias de efectos adversos importantes de este fármaco durante el embarazo, tanto para la madre como para el feto.

No hemos realizado una investigación sistemática al respecto, porque estos casos son poco frecuentes, pero en nuestra experiencia, que apenas debe exceder a unos veinte pacientes, no hubo problemas con el fármaco, que fue eficaz en alrededor de la mitad de ellos, e ineficiente, por no modificar los síntomas ni la arritmia o por no ser tolerado en dosis de por lo menos 160 mg por día, en los restantes. Ante la persistencia de los síntomas hemos llegado a la ablación por radiofrecuencia del foco ectópico.

Desconozco si existe alguna guía reciente que haya abordado este tema de manera específica pero tal vez algún colega del FIAI pueda aportar información al respecto

Pablo A Chiale

Hola;

Todas las opiniones son atinentes; pero aún no hemos visto el trazado del ECG;

Por favor el que presentó el caso tiene que mostrar el trazado del ECG con las 12 derivaciones y si dice que le hizo un Holter, que también lo presente; no podemos hacer un FORO que se dedique a la comprensión de las arritmias, si se presenta un caso sin el correspondiente ECG;

ANTES DE SEGUIR, REMITIR LOS TRAZADOS;

Desde ya agradecido;

Saludos;

Carlos A. Soria

Emiliano:

Estoy de acuerdo en que si presentas el caso en el foro tenes que poner el ECG con doce derivaciones de las EV para localizar el sitio de origen, como primer punto.

Aún así y confiando en que la paciente no tiene cardiopatía y son EV benignas del TSVD, pensando que el ECG fuera de la arritmia es normal, el número de EV yo creo que no es lo más importante, aclará si la paciente dejó de tener síntomas cuando se suprimieron las EV en el Holter porque eso no queda claro. Yo estimo que para las EV del TSVD aún las sintomáticas, la Amiodarona a largo plazo no es una buena opción por la posible toxicidad, antes prefiero proponerle una ablación de las EV.

Pero estoy de acuerdo en que hay que hablar con la paciente y explicarle la poca gravedad de la arritmia y que el tratamiento está dirigido sólo al control de los síntomas por lo que las drogas con toxicidad no son una buena opción.

A veces al explicarle claramente esto los pacientes mejoran y aceptan mejor la presencia de las EV al saber que de alguna manera uno les explica que "No se van a morir". También este tipo de arritmias en corazones sanos estructuralmente tienen relación con períodos de stress físico o psíquico, hormonales, etc. y que a veces desaparecen o disminuyen en número superada la situación. Aún así cuando no se controlan con B Bloqueantes como vos decís y la paciente no quiere una ablación, estando seguro del corazón normal se le puede agregar Flecainida para la misma, pero insisto todo debe ser conversado con la paciente y si me pide una decisión le propongo ablación. Un dato a considerar es la escasa incidencia, pero posible de una taquicardiomiopatía por EV a pesar que el número de las mismas no llegaría a ser tan importante como para generarla (tenerlo en mente)

Luis Medesani

Gracias a todos.

Hoy por la tarde consigo los trazados y ni bien pueda los subo.

Perdón por no hacerlo antes.

Saludos!

Emiliano Rodríguez Solana

Estimado Dr Solana: sin los trazados resulta muy difícil la interpretación de su caso; por lo referido impresionan EV sin cardiopatía, mas sin enviar los trazados Ud y su paciente se pierden de la oportunidad del análisis y opinión de Maestros y colegas que dan su opinión por lo Ud referido. Si adjuntara los ECG resultaría en que el emitir sus opiniones como del Dr Chiale contribuirían al enfoque de su paciente.

Uds refiere ¿sin cardiopatía estructural? el ECG nos contribuye al análisis y a aportar ideas y conceptos a su duda, amiodarona a una mujer joven con EV del TSVD me parece como tirarle con una escopeta a un gorrión, si comprende el concepto.

Espero no tome a mal mis palabras,

En lo personal tengo una paciente similar con más alta carga arrítmica (40%), por propia voluntad decidió no ablacionarse, y he probado diferentes antiarrítmicos, BB, verpamilo, flecainida y realizado Holter con cada cambio de medicación, y no ha respondido a ninguno en particular.

Si es muy sintomática plantéele la ablación, y sería muy interesante conocer los trazados de la paciente y por qué métodos diagnósticos se ha descartado cardiopatía estructural.

Un cordial saludo y aguardo los envíos de los trazados, ya que es un reto al cual nos enfrentamos con muchos de nuestros pacientes,

Martin Ibarrola

Querido amigo Dr. Martin Ibarrola, como yo voy siguiendo casos durante mas de 30 años con la arritmia con extrasístoles llamadas "extrasystoles de Rosenbaum ", porque el primero en describirlas como entidad propia, no responde a ningún tratamiento antiarrítmico conocido, como Ud ha visto en su caso. Muchas de estas PVC'S desaparecen aumentando la frecuencia cardiaca

Un fraternal saludo

Samuel Sclarovsky

VA ADJUNTO EL TRAZADO DEL CASO

Emiliano Rodríguez Solana



Queridos amigos de forum; esta extrasístole no es exactamente del tracto de salida. El eje frontal tira a la izquierda con AVL positiva y AVF negativa. Esta extrasístole puede tener origen en la cara lateral o tirando a la cara posterior-

No hay ninguna extrasístole de la cara anterior del outflow tract con Q/S en DIII

Yo creo que tiene importancia reconocer esta diferencia porque según mi opinión indica una patología muy limitada de esta región del ventrículo derecho.

¿Dónde aparece este patrón arrítmico? En pacientes con una obstrucción proximal de la CD u obstrucción de una rama proximal de la CD. También yo pienso que esta extrasystole predice la aparición de isquemia lateral del VD. También aparece como signo inicial de displasia del ventrículo derecho.

Es de crítica importancia realizar un test Holter y ergometría En caso de patología del VD, aumentará de frecuencia al esfuerzo o en taquicardia sinusal

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky