

Paciente masculino de 34 años con enfermedad coronaria y valvular – 2009

Dra. Carolina Barron

Queridos colegas del foro:

Quería saber la opinión de uds sobre este paciente que me presentó una colega hoy, y del cuál tengo algunos datos pero me faltan unos tantos que puedo conseguir en los próximos días.

Es un hombre de 34 años sin antecedentes de relevancia, que en el año 2003 se le realiza un reemplazo valvular aórtico mecánico por estenosis aórtica, desde entonces evolucionó con disnea progresiva. El 23 de marzo del 2008 presenta EAP y dolor precordial y supradesnivel del ST lateral dorsal; se realiza CCG con 2 hs de evolución que informa:

DA: Estenosis leve a moderada difusa proximal sin lesiones angiográficas críticas en su trayecto. 1er ramo diagonal de mediano a fino calibre se ocluye en el origen y se recanaliza en segmento medio con regular a fino lecho distal.

CX: buen calibre y desarrollo, presenta afinamiento leve difuso en el tercio medio y se ocluye en el tercio distal

CD: buen calibre y desarrollo sin lesiones angiográficas

Se realiza angioplastia coronaria frustra a oclusión de arteria circunfleja (no se logra trasponer la lesión con doble cuerda coronaria y apoyo de balón coronario) No se descarta mecanismo embolígeno de de oclusión.

El 26 de marzo repite angor de repòso asociado a infradesnivel del ST inferior y lateral se realiza CCG sin cambios con respecto al estudio previo y se realiza tratamiento médico.

Posteriormente evoluciona sin angor pero con progresión de disnea, se diagnostica disfunción protésica y en julio del 2008 se realiza recambio valvular aórtico previo estudio de perfusión del que no dispongo pero su médica de cabecera refiere sin isquemia perinecrosis ni isquemia en otro territorio.

Desde el recambio valvular evoluciona con palpitaciones permanentes a veces asociadas a disnea, se realizó ecocardiograma (el cual tampoco vi pero que informa Fey por Simpson del 60%), Holter que informa EV frecuentes monomorfas agrupadas en duplas bigemina, y salvas muy frecuentes de TV de 4 latidos. También se realiza ergometría la cual es suficiente y negativa para isquemia pero con EV frecuentes tanto en reposo como en esfuerzo.

El paciente se encuentra medicado con amiodarona, atenolol desde hace varios meses persistiendo muy sintomático.

Mi pregunta es: ¿Debería descartar isquemia nuevamente como mecanismo arritmogénico? Y ¿por qué método lo harían?

Para los arritmólogos: ¿Alguna sugerencia en cuanto al tratamiento de resultar negativa la prueba evocadora de isquemia?

¿Alguna otra sugerencia?

GRACIAS

Carolina Barron

OPINIONES DE COLEGAS

Mui prezada Dra. Carolina Barron

Paciente com DAC (Doença Arterial Coronária) biarterial - DA + CX, não informado sobre metabolismo glicídico, dislipidemia, tabagismo, níveis pressóricos e grau de aderência do paciente à prescrição: dieta, exercícios e medicamentos. Quero crer que amiodarona e atenolol não devem ser as únicas medicações, seria importante saber sobre necessidade de estatina, aspirina e ouwarfarine a origem desta estenose (34 anos ¿FebreReumática?). Outros sim importante seria saber sobre espessura da aprede do VE (isquemia obstrutivo-funcional).Importante ainda: dose de atenolol e amiodarona. Me satisfaço por enquanto com a ergometria e reanalisaria o Holter para ver isquemia silenciosa embora sua sensibilidade não seja boa e faria ecotransesofágico para ver esta valvula cuidadosamente (trombose?) além de sob todos aspectos procurar otimizar a terapeutica.

Em espírito de contribuição, respeito e amizade.

Adail Paixao Almeida - Bahia - Brasil

Querida Carolina:

Concuerto con las reflexiones de Adail en el sentido de conocer bien y más profundamente datos de la HC, como ser los factores de riesgo (perfil lipídico, tabaquismo, etc) y demás medicamentos que

con seguridad toma este paciente, así como las dosis de atenolol y amiodarona que recibe, así como la de los otros eventuales medicamentos.

Respondiendo específicamente la pregunta, tal vez si estuviera disponible realizar una tomografía por emisión de positrones, podría dar respuesta a la existencia o no de isquemia así como conocer mejor la anatomía del corazón.

¿Para qué?

Posiblemente para optimizar el tratamiento médico, porque daría la impresión que no sería factible de revascularizar, si fuera el caso y adecuar las dosis de la medicación que recibe. Esto posiblemente ayude también a controlar mejor la arritmia.

Por ejemplo, no sería lo mismo si recibe 200 mg de amiodarona que si recibe 800 mg diarios, por decir algo.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Hola Carolina, mira no me acuerdo de ese paciente, ¿habrá sido de otra clínica? Me gustaría saber el eco de cuándo y quién lo hizo. las medidas de FS y FD. El espesor parietal etc. Las dosis que tiene de amiodarona y atenolol. Los síntomas que son angor, disnea, palpitaciones. Eso ayudaría a formarse una idea más concreta. Un gusto saber de vos.

Simón Pero

Parece que no hay que insistir en una causa isquémica de su arritmia. Parece más bien "orgánica" relacionada con su patología valvular (sería interesante conocer el ECO 2d). Si esto es así es probable que su EPA se debió a un episodio de arritmia sostenida ventricular o más. Parece aconsejable establecer la "malignidad" de las EVs e ir de acuerdo a esto por un DAI. No obviamente como indicación I. ¿Ayudaría la variabilidad RR?

Roberto González

Agregaría estudio de perfusión pulmonar para descartar microembolismo pulmonar.

El primer episodio fué de EAP y disnea.

Es un paciente valvular y creo que hay que descartarlo.

Pido disculpas,por si alguien propuso ya lo mismo.

Me prendí tarde en el caso.

Me agrada la prosa del Dr. Adail.

Digno coterráneo de Jorge Amado

Luis Roca