

Paciente de 65 años portador de CA de pulmón y FA aguda – 2000

Dr. Simón Pero

Estimados colegas:

Me gustaría consultarlos, por el siguiente caso:

Hace un mes recibimos en la guardia del hospital de Aguilares, Pcia de Tucumán (hospital rural de mediana a baja complejidad y a 86 Km de una unidad coronaria pública) un hombre con una FA de alta respuesta -200-250- lo más rápido que marcó el EKG. Como no había especialista, hubo una confusión diagnóstica y se le administro lidocaína, creo que 3 cc lo que bajó la frecuencia. Cuando llegamos a verlo le pusimos 0.5 mg de digital EV y 20 mg de furosemida y lo derivamos. La clínica era: aparte de la propia de la FA, disnea intensa; FR 35 por minuto; desasosiego y matidez en base derecha y columna.

El paciente mejoró durante la hora de traslado a UCI (a 86 KM de distancia), y fue estudiado encontrando una masa pulmonar derecha compatible con CA (semanas después se vió CA de células grandes), además de derrame pleural derecho y cardiomegalia. Es un paciente que perdió unos 15 Kilos según relata, y tiene 65 años. Sin estar medicado presentó a la semana otro episodio similar que se trató sólo con 0.5 de digital EV y furosemida 20 mg EV. El paciente presenta un bloqueo completo de rama izquierda en el EKG de base. Está en plan de quimioterapia por considerarse inoperable el tumor.

La pregunta es. ¿cuál consideran que sería la mejor droga a utilizar para tratar la arritmia? El paciente est-a tratado con digoxina 1 comp. por día.

Desde ya muchas gracias.

Simón Pero

OPINIONES DE COLEGAS

Respuesta

Estimado Simón y demás amigos del Foro:

Ante una FA de tan alta respuesta ventricular que compromete hemodinámicamente al paciente, el tratamiento de elección es la cardioversión eléctrica. Si no se dispone de medios para realizarla, en este caso particular no hubiera optado por realizar cardioversión farmacológica con quinidina o drogas "quinidina-like" y me hubiera inclinado a intentarlo con una carga de amiodarona, dado que si no se lograba la reversión por lo menos se iba a controlar la frecuencia.

Personalmente no hubiera optado por digitálicos, dado que en este caso se requería un efecto mas rápido que el que pudiera brindar la digoxina y dado que en caso de decidir a posteriori realizar la cardioversión, la utilización de digitálicos predispone a la fibrilación ventricular.

Nunca hubiera indicado lidocaína.

Sin embargo, en ausencia de posibilidades de disponer de amiodarona en ampollas, la digoxina es una elección razonable.

El paso siguiente, a mi entender, más que considerar la droga de mantenimiento, es aproximarnos al diagnóstico etiológico:

a) ¿se trata de una neoplasia que compromete el pericardio, produce hemopericardio y por ello la arritmia y la cardiomegalia radiológica?

b) ¿se trata de una miocardiopatía dilatada, quizás de origen chagásico? (el bloqueo de rama izquierda no invalida para nada el diagnóstico, aunque como es sabido, en estos casos predomina ampliamente el bloqueo de rama derecha muchas veces asociado a hemibloqueo anterior izquierdo)

Aclarar el diagnóstico etiológico en este caso es fundamental, porque si se tratare de una FA por compromiso pericárdico, deberá procederse a la evacuación.

Si se tratare de una miocardiopatía dilatada, deberá tenerse sumo cuidado en la elección de la droga antineoplásica, porque todas ellas -en particular la adriamicina- son poderosos cardiotóxicos.

Finalmente esto tendrá también importancia para decidir entre la reversión de la arritmia o el control de la frecuencia, y la eventual necesidad de anticoagulación o su contraindicación si se detectare derrame pericárdico.

Pensando únicamente en el control de la frecuencia cardíaca personalmente utilizaría la digoxina y si fuere necesario en asociación con diltiazem.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Dr Schapachnik,

Estoy absolutamente de acuerdo en su, como siempre, brillante acaloración del caso expuesto por Simón. No obstante, tengo una duda acerca del diagnóstico exacto de la arritmia en cuestión. Creo que ante una conducción A-V de hasta 250 l/min en el marco de una FA en un adulto, cabe considerar la existencia de un haz anómalo con conducción elevada. Informan que en el ECG basal existe un bloqueo de rama izquierda; ¿este ECG es en ritmo sinusal?, si es así me gustaría conocer el PR, no es desconfianza hacia los ponentes del caso pero, dado que en alguna ocasión hemos visto confusiones entre BRI y una tremenda onda delta, me gustaría asegurar este aserto. La hipotética existencia de una vía anómala podría justificar la entrada en FA tras una reentrada V-A y el tratamiento de aquella podría ser diferente.

Espero que pueda servir para estimular el debate. Gracias por su atención.

Manel Piqué

Servicio de Medicina Intensiva. H.U. Arnau de Vilanova

Lleida, España

Estimados colegas:

Estoy totalmente de acuerdo con Edgardo (como siempre, lo que me deja un poco intranquilo!!) con el manejo de este paciente. Lo único que agregaría que al dar drogas quinidina -like (grupo I A) o bien grupo I C, existe el peligro de aumentar la respuesta ventricular debido a la acción vagolítica, en una FA ya rápida en su presentación, por lo que se aconseja frenar la respuesta ventricular con digoxina EV o bien Beta bloqueantes o bloqueantes cálcicos si no están contraindicados.

Hasta la próxima

Dr Daniel Boccardo