

Paciente masculino de 55 años con arritmia ventricular compleja – 2001

Dr. Daniel Gutcovsky

Estimados colegas: quiero comentarles un caso y conocer su opinión.

Paciente de 55 años, sin antecedentes cardiológicos, ex fumador (dejó hace dos años, deportista). En control de rutina se le detecta un soplo en zona clavicular y pulso arrítmico. ECG con RS de base, extrasitolia ventricular frecuente polifocal. Ecocardio normal, Doppler con obstrucción severa de subclavia izquierda. Holter: RS de base, extrasístoles ventriculares frecuentes, polifocales, por momentos bigeminadas, duplas y tripletas, que aumentan al aumentar la frecuencia cardíaca, sin síntomas. Ergometría negativa para isquemia llegando a 9 metz.

Lamento no poder enviar los trazados, pero el paciente en realidad es amigo y médico, y me pasó estos datos por teléfono.

Sugerí una perfusión con talio, para seguir buscando isquemia.

NUNCA TUVO SÍNTOMA ALGUNO.

Aparte de medicarlo con amiodarona, que ya hice, ¿qué les parece el cuadro.

Desde ya, gracias

Dr. Daniel Gutcovsky

Buenos Aires

OPINIONES DE COLEGAS

Paciente del Dr. Daniel Gutcovsky con arritmia ventricular

Respecto a este caso, el paciente tiene una arritmia ventricular asintomática, compleja incluyendo TVNS, con buena función ventricular,

Aparentemente sin isquemia, y sin cardiopatía. Todo indica que es una arritmia compleja de bajo riesgo, sería interesante ver los trazados ya que probablemente sea del tracto de salida de ventrículo derecho (eje a la derecha de la extrasistolia con ondas R positivas en D2, D3 y aVF) y QS en V1, o pueden ser de la base. Estas arritmias son comunes de observarse con formas complejas, incluyendo TVNS, en ausencia de cardiopatía, y son de muy buen pronóstico.

En cuanto al tratamiento, a mi criterio bastaría beta bloqueantes (BB), un antiarrítmico como amiodarona, solo lo consideraría cuando hay deterioro de la función, o si es muy sintomática y no tiene respuesta con los BB.

Espero haber contribuido con el manejo de esta caso.

Dr Domingo Luis Pozzer

Corrientes. Argentina

En referencia al caso enviado por el Dr. Gutcovsky quisiera comentar que resumiendo, se trata de un paciente sin cardiopatía estructural (en su definición clínica habitual, aunque debe completarse evaluación para isquemia como plantea el colega), con una arritmia ventricular no sostenida asintomática. En principio y con estos elementos no requiere tratamiento antiarrítmico (bajo riesgo y asintomático). Indicaría betabloqueantes ya que parece haber cierta dependencia de catecolaminas (aumentan en el esfuerzo).

No indicaría amiodarona. Saludos a todos,

Dr. Walter Reyes Caorsi, FACC

Estimado colega Daniel:

Si estuviera en mi zona (Chaco) no dudaría en pedirle una serología para Chagas, de todas maneras nunca está de más buscarla. Las arritmias de esta etiología muchas veces son totalmente asintomáticas y se ven en personas jóvenes sin los otros estigmas que caracterizan esta patología.

Un abrazo

Jorge Daniel Martín

Me permito un comentario que viene al caso: nunca son buenas las consultas por teléfono o en el pasillo de un colega a otro. Siempre falta información.

Y más en este tipo de casos. Es realmente necesario ver los ECGs, conocer que pasó con la arritmia durante la ergometría, descartar o confirmar isquemia. Todo esto antes de comenzar con tratamiento alguno.

Serra Jose Luis, Córdoba.

Colega Daniel:

Escribo desde Valencia (Venezuela), y me llamó poderosamente la atención su caso, porque coincide con el caso de un colega que tengo bajo tratamiento, que me refirió "palpitaciones", especialmente al estar sometido a condiciones de stress. Pensando en isquemia miocárdica le realizamos EKG de esfuerzo resultando negativo para isquemia, el ecocardiograma fué anatómicamente normal con arritmia extrasistólica, el eco-stress no evidenció zonas de isquemia, y en el Holter se evidenció una arritmia extrasistólica ventricular multifocal, con formas acopladas y episodios cortos de TVNS sintomática.

Después de analizar el caso y tomar en cuenta la personalidad y la actividad de mi colega-paciente, decidí indicarle Atenolol (50 mgrs. VO BID) y Alprazolam (0,5 mgrs VO BBT), con lo cual logré controlar los síntomas, y en el control de Holter a los dos meses sólo se evidenció una arritmia extrasistólica ventricular aislada y monomórfica. Hasta la fecha se ha mantenido asintomático (un año).

Me gustaría agregar una reflexión: "Tratamos con pacientes y no con enfermedades".

El cuerpo humano es tan complejo que maneja una serie infinita de variables, lo cual nos obliga a pensar primero en la "persona" que tenemos a nuestro cuidado, y no en la "enfermedad" ó "síntomas y signos" que se nos están presentando, y nuestra obligación es "salvaguardar la integridad física y espiritual de nuestro paciente", sin someterlo a incomodidades innecesarias y a intervenciones terapéuticas que pudieran llevarlo a empeorar su sintomatología.

Gracias por su atención.

Dr. Luis E. Ramírez Zorrilla.

Médico Cardiólogo.

Dr. Edgardo. Tengo un paciente en las mismas condiciones, la arritmia se desencadena y aumenta con el esfuerzo llegando a presentar taquicardia ventricular no sostenida (5 extrasístoles ventriculares) no tiene falla de bomba ni isquemia detectable. Lo medicamos con atenolol 75 mgr. Actualmente con una frecuencia basal de 54 por minuto sigue

presentando arritmia con el esfuerzo (extrasistolia ventricular frecuente), pero no repetitivas.

Saludos y agradecimientos a todos los de la red

Carlos Arriaga