

Hallazgo prequirúrgico en mujer asintomática de 62 años – 2001

Dr. Héctor Marcelo Silvestro

Hola. Los voy a molestar un poquito, si me lo permiten

Les envío los datos de un paciente real. Me gustaría conocer sus opiniones sobre ellos, que conducta tomarían, y en qué tiempos.

Paciente Sexo: femenino Edad: 62 años

Motivo de consulta: ECV pre Q (catarata). Asintomática

Antecedentes: Lupus

EF: paciente con edemas por corticoides. Normotensa. Pulso irregular.

ECG: RS Imagen de BRD en V1-2, eje de HBAI, QRS ancho. Bloqueo A-V 2:1

ECO 2D: diámetros de VI normales. Espesor parietal límite. Motilidad conservada. FSVI normal. Diámetros IA y raíz Ao normales. Esclerosis leve V Ao. Calcificaciones leve anillo mitral. Cavidades derechas y pericardio s/p.

Ergometría: detenida por agotamiento. Insuficiente por FC. Asintomático. Comportamiento anormal de TA. Bloqueo A-V 2º grado, EV y ESV aisladas. Carga máxima 250 kgm - FC: 110 - TA: 170/80 - ITT: 18700 - METS: 2.4

Holter: Asintomática. La media de FC fue 66, con un mínimo de 35 y un máximo de 130. Total de ectópicos ventriculares fue de 9, con 0 duplas y 0 TV. Total de ectópicos supraventriculares 0, 0 TSV. Total de pausas que excedieron los 2.5 seg fue 0. Total de minutos descenso de ST 0. Se observó episodios de Wenckebach y BAV 2:1. BCRI en todo el trazado.

Estudio electrofisiológico (Hospital Italiano de Rosario):

Registro basal: Frecuencia sinusal: 103 por min (582 mseg)

Intervalo ah: 90 mseg

intervalo hv: 113 mseg.

Sobreestimulación auricular:

A 120 por min se observó B-A-V de 2º G (Mobitz II) 4:3 y a 140 por min B-A-V de alto grado grado infrahisiano.

Tiempo de recuperación del nódulo sinusal 700 mseg. Basal: 582 mseg. Corregido: 118 mseg

Estimulación ventricular programada:

No se observó conducción ventriculoauricular. Con hasta dos extraestímulos a dos distintas longitudes de ciclo en ápex y tracto de salida del ventrículo derecho, no se inducen arritmias ventriculares sostenidas.

Conclusión: automatismo sinusal y conducción nodal conservada. Conducción His-Purkinje severamente deteriorada. No inducción de arritmias ventriculares sostenidas.

OPINIONES DE COLEGAS

Prezado: Dr Hector Marcelo Sivestro de Rosário-Argentina. Lhe responde Andres Pérez Riera de SP Brasil.

Acredito que neste caso há 2 aspectos que devam ser considerados:

1) o disturbio dromótopo em si e sua conduta.

2) As considerações etiológicas do caso.

Referente ao primeiro aspecto repare que o ECG inicial era de bloqueio bifascicular: BCRD + bloqueio divisional ântero-superior (BDAS) e no Holter a seguir tinha BCRE o que assinala a presença de bloqueio de ramo bilateral ou multifascicular alternante associado a bloqueio 2:1 o que é consistente com disturbio dormótopo avançado por doença do sistema intraventricular trifascicular (Fisch C: Electrocardiography of Arrhythmias. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990, p 433) e mesmo assintomática exige implante de MP temporário endocárdico e programação para definitivo. Neste caso indicação classe I de MP definitivo.

2) As considerações etiológicas do caso.

O lupus eritematoso sistêmico (LES) pode acometer as três folhas do coração: pericárdio, miocárdio e endocárdio com desigual incidência assim como a árvore coronariana e pulmonar.

a) pericárdio: acometido em 40% : 60% nos dados de autópsia e 30% nos dados clínicos. Geralmente serofibrinosa e de pouca monta. Pode conduzir a taponamento(<1%) ou a pericardite constrictiva (muito rara).

b) endocárdio: pode ocasionar característica endocardite verrugosa não infecciosa de Libman Sacks. Ocasiona estenose e insuficiência mitro-aortica e eventual endocardite secundária com embolização e vasculite.

c) miocárdio: raramente afetado: clinicamente 10% e autópsia 40%. Nestes casos aparece anticorpos anti ribonucleoproteínas,.

d) acometimento coronariano: pode ocasionar coronariopatia não aterosclerótica por vasculite (raro) e propensão a aterosclerose via uso prolongado de corticoesteroides, dislipemia e hipertensão nefrogênica e maior propensão a vasoespasmos e estado de hipercoagulabilidade secundário a anticorpos antifosfolipídicos. Infarto agudo em mulheres de média idade é 50 vezes mais frequente que a população geral.

e) Comprometimento do sistema de condução: levando a bloqueio AV total é um fato excepcional no lupus adulto. Observa-se com certa frequência no feto de mães lúpicas por transmissão materna de anticorpos anti –Ro e anti-La com já comentamos no passado por bloqueio AV de grau diversos. Na vida fetal o de terceiro grau é o mais frequente. Se a frequência cardíaca for muito baixa pode conduzir a fetos hidróticos e imaturos.

f) anticorpos por síndrome antifosfolipídico: aumenta o risco de AVC e fenômenos protrombóticos e IMA presente em 5% dos casos.

g) hipertensão pulmonar: 5% dos pacientes por vasoespasmos e vasculite ou síndrome de anticorpos antifosfolipídicos.

Por tanto a associação de Lupus e bloqueio de alto grau pode não estar relacionada totalmente com a doença e base porém esta pode contribuir afetando o sistema via isquemia e/ou miocardite,

Andrés R. Pérez Riera

Caro colega Héctor: sou um cardiologista clínico brasileiro, não um arritmologista. Minha conduta seria : sugerir a implantação imediata de marca-passo, possivelmente do tipo DDDR (dupla câmara com deflagração ventricular pelo átrio com resposta de frequência), discutindo-a com um especialista da área de estimulação artificial. Justificativas :

- 1) bloqueio de ramo alternante (direito/esquerdo)
- 2) menor FC muito baixa
- 3) intervalo H-V > 70 mseg
- 4) BAV de alto grau infra-His
- 5) Condução His-Purkinje severamente deteriorada

Reconheço que esta indicação é da classe II (não há concordância geral, porém a maioria a apoia) e eu a faria independentemente de necessitar de cirurgia (catarata).

É o que penso, salvo melhor juízo.

Cordialmente.

Paulo Roberto P. Toscano

Estimado colega, si bien, su paciente parece estar asintomática, una vez detectado tan severas alteraciones del sistema de conducción distal del His Purkinje, la conducta es claramente el implante de un marcapasos definitivo y lo más urgente posible, ideal modo VDD, ya que tiene buena función sinusal.

Dr Luis Pozzer

Corrientes

Estimados colegas

Agradezco muchísimo el interés que han presentado por la consulta que me animé a realizar al foro. Quiero informales que la paciente ha salido de mi consultorio con una

indicación de marcapasos transitorio (en caso de cirugía mayor) (recuerden que el motivo de la consulta fué una evaluación cardiovascular prequirúrgica), y que se encuentra en trámite la colocación de un marcapasos definitivo. Con respecto a esto último, no se que tipo de marcapasos se conseguirá, ya que la paciente es de bajos recursos económicos y atendida en una entidad pública; en la misma no siempre se consigue lo que uno pretende, pero no escatimaré esfuerzos para lograr lo mejor posible, más adecuado, y en el menor tiempo.

Muchas gracias, nuevamente. Me gustaría aportar al foro algo más que preguntas, pero carezco de la brillantez, la preparación y locuacidad que veo en los profesionales que discuten temas en un nivel muy elevado para mí.

Les envío mis saludos a todos los que comparten y participan en el foro de arritmias, el contacto (aunque sea gráfico) siempre es gratificante para mi espíritu, y motivo de reflexión.

Héctor Marcelo Silvestro