

Paciente de 58 años con IAM anterior extenso y desarrollo de aneurisma ventricular - 2008

Dr. Emiliano Rodríguez Solana

Paciente de 58 años ex tabaquista, presenta IAM anterior extenso el 3/03/08 se realiza trombolisis con STK con criterios negativos de reperfusión, se realiza ECO con FSVI con deterioro severo y aneurisma ventricular. Se indica alta y seguimiento por consultorio externo.

Ingresa el 2/08/08 con TVM sostenida con descompensación hemodinámica que requiere cardioversión eléctrica, quedando con Amiodarona vía oral, se plantea la aneurismectomía la cual se realiza el 20/08/08; el paciente actualmente cumple su post operatorio sin complicaciones.

¿Conducta?

¿Al resecarse el aneurisma ventricular no tiene más recurrencia la TV?

¿Tiene indicación de CDI?

¿Tiene indicación de EEF previo y dependiendo de este la colocación del CDI?

¡Gracias!

Dr. Emiliano Rodríguez Solana

OPINIONES DE COLEGAS

¿Podría incluir información del cateterismo, si tenía posibilidades de revascularización si se hizo más que la aneurismectomía. Aunque creo le colocaría un CDI igualmente.

Simón Pero

Queridos amigos:

Me parece que este paciente que ya en marzo de este año tenía una muy baja FEy ya entonces podría haber sido definido como un "MADIT II" y por lo tanto tenía indicación del implante de un CDI.

La prueba de ello es que 5 meses después presentó una TVMS, que hubiera sido detectada y seguramente resuelta por el dispositivo.

La resección del aneurisma, desde mi punto de vista, no garantiza totalmente que la arritmia no recidive y considero que persiste la indicación del CDI.

Acuerdo con Simón acerca de conocer la anatomía coronaria para discutir si también debiera haber tenido indicación de revascularización.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

A este paciente se le realizó CCG previo a Aneurismectomía, ¿no? ¿No se pensó como posible etiología isquemia? Es un paciente con STK (-) con mala función ventricular. Podría ser la causa. Si no existe evidencia de isquemia, ¿no habría que realizar EEF

previo a la aneurismectomía?

Dra. Laura Portillo

Hola: como bien dijo el Dr. Edgardo, el paciente tenia indicación de prevención primaria de CDI pues mala FEVi (supongo que menor del 30%) posterior a infarto. Indicación Tipo Madit II. Creo que la aneurismectomía no le disminuye el riesgo de recidiva de la TV pues el paciente tiene un territorio isquémico factible para las arritmias malignas. Debe tener coronariografía previa a la cirugía y se debía haber revascularizado si lo ameritaba o si era viable.

Dracias

Dr. Pablo Hurtado

Estimado colega,

Considero que su caso es desafiante y complicado de resolver en cuanto a cuáles son las conductas más adecuadas.

En primer lugar debería decir que estos casos, con la terapéutica de reperfusión miocárdica actual, son casi excepcionales. Particularmente, hace muchos años que no veo un caso como el suyo.

En segundo lugar, son casos que deben ser discutidos muy profundamente, porque la TV puede originarse en el aneurisma (lo más probable) como en otro lugar, asimismo esa arritmia ventricular puede estar determinada por la disfunción ventricular y/o isquemia residual asociada, etc. Recordar siempre sustrato, gatillo y factores moduladores. De todas maneras Uds. decidieron realizar una aneurismectomía, la misma debería ser

acompañada de revascularización miocárdica (si fuera factible) y reparación valvular mitral (si hubiera insuficiencia mitral o compromiso del aparato valvular mitral). Aunque Ud. no describió la localización del aneurisma.

En tercer lugar, si el origen de la TV fuera el aneurisma, la recurrencia es muy baja. Sin embargo, en el futuro podría generarse una TV entre la cicatriz y el miocardio viable. La literatura indica que podría realizarse crioablación en el mismo acto quirúrgico en esa zona.

En cuarto lugar, le realizaría un EEF y si se indujera TV/FV le implantaría un CDI.

En quinto lugar, sería bueno que opinara alguien que tuviera experiencia en estos casos!!!! No yo.

Saludos a todos.

Oscar Pellizzón.

Estimados colegas, considero que este paciente tuvo una trombolisis fallida en el curso de un IMA anterior, por probable lesión en DAp u ostium, que dió lugar a la remodelación y dilatación ventricular. El aneurisma apical probablemente constituyó el substrato anatómico para que apareciera la TV ó quizás el proceso isquémico. Si se realizó la aneurismectomía al parecer exitosa, solo quedaría a mi entender, explorar el territorio del septum y pared anterior media y basal por Doppler tisular para determinar tejido viable, si existe, le realizaría una coronariografía y le colocaría un stent en el territorio afectado. Seguiría con amiodarona. Si TV recurrente, entonces se impone EEF para definir DAI.

Un cordial saludo.

Francisco Rodríguez Martorell.

Apreciado colega, creo que tras la realización de una coronariografía y ventriculografía se evidenció el aneurisma ventricular y probablemente se descartó la posibilidad de realizar alguna angioplastia al momento, ¿no? Se trataba de un infarto extenso anterior con resultado poco efectivo a la trombolisis y fue dado de alta con conocimiento que llevaba una bomba de relojería. La arritmia es de origen isquémico. El aneurisma -secundario al infarto y su influencia en la arritmia es de menos del 25%. Había una indicación clara para la implantación de un DAI desde el día de su alta, pues entra en el grupo MADIT II y por su edad se trata de una paciente muy joven con una afectación severa de la función ventricular. Sin duda alguna se ha de realizar una coronariografía y realizar ACTP + stents si se puede e implantar un DAI.

Atentamente,

Oswald Londono

Estimado Dr Rodriguez:

Su caso clínico me hace pensar en un paciente con complicación mecánica hemodinámica posterior a infarto de miocardio a decir de la formación de aneurisma y falla de bomba por una FEVI disminuida severamente, asimismo me hace pensar en una distorsión de la geometría de VI incluso con una insuficiencia mitral funcional, además de una posible lesión seria en la anatomía del sistema coronario correspondiente, volviendo antes de la cirugía hubiese sido interesante realizar perfusión miocárdica para apreciar miocardio viable, y de acuerdo a la coronariografía indicación posible de revascularización una opción y la que eligieron Uds, es la aneurismectomía. En Europa y ya en EEUU se han usado eventualmente contención externa con ACORN CAP y en Asia además de la anterior ó revascularización mas cirugía de válvula mitral con anillo rígido con resultados muy prometedores aunque faltan más estudios, asimismo el paciente se podía haber beneficiado de CDI (MADIT II) pues siempre existe el temor de complicación eléctrica mediata por remodelamiento eléctrico en estos casos. Ahora bien respondiendo a su pregunta si es posible que el paciente presente nuevos episodios de TV incluso en zona de cicatriz operatoria o por remodelamiento eléctrico de otras zonas en tal contexto sería patrimonio de CDI y no considero EEF una indicación urgente antes del implante.

Espero haber satisfecho su interrogante saludos a los miembros del foro.

Jorge Sotomayor Perales

