

Paciente masculino de 58 años, ciclista, con detección de arritmia ventricular en examen de rutina – 2008

Dr. Francisco E. Viano

Estimado Edgardo: pongo a consideración del foro el siguiente caso clínico.

Se trata de un paciente masculino de 58 años, ciclista acostumbrado a realizar hasta 70 u 80 km en bicicleta. En control de rutina presenta EV frecuetes, monomorfas y por momentos bigeminia ventricular, totalmente asintoma+atico.

El resto del ECG: RS FC 60 QRS -- 45° Imagen de Trastorno de Conducción de RD (BIRD) Sin alteraciones envla repolarización ventricular. Es hipertenso leve, dislipéémico y con sobrepeso. Serología Chagas negativa, novobstante indicamos realizar nuevamente la misma. Hormonas Tiroideas normales. En Ergometría toleró todas las cargas y la arritmia **desapareció** con el esfuerzo. Asintomático, sin rales ni angor. Previo a ergometría mostró la bigeminia ventricular. El ecocardiograma mostró hipertrofia concéntrica de VI. con leve déficit de FS F Ey: 55 %. Disminución del espesor sistólico septal y alteraciones en la relajación ventricular.

Le indicamos 25 mg. de carvedilol, atorvastatin y medidas higiénico dietéticas como disminución de peso, restricción salina, etc.

¿Qué conducta adoptarían con el paciente y con su actividad deportiva?

Gracias.

Francisco E Viano

OPINIONES DE COLEGAS

En mi opinión:

- 1) Inicialmente solo trataría la HTA y la dislipidemia, no creo que haya nada de peligroso en su arritmia si ya está descartado lo isquémico
- 2) No se si utilizaría en 1º lugar el carvedilol ya que es atleta con FC relativamente baja y la arritmia mejora con el esfuerzo, de baja gravedad y asintomático, probablemente utilizaría inicialmente IECA o bloqueantes ATII, además de la dieta hiposódica y descenso de peso. Si haciendo 70 u 80Km de bicicleta por día tiene sobrepeso debe comer bastante bien. ¿Hipotiroidismo?
- 3) Lo dejaría seguir con su bicicleta ,está claro que lo disfruta y no encuentro un motivo claro para que la deje.
- 4) No dejaría de controlarlo cada cierto tiempo con Holter y en algún momento una perfusión miocárdica.

Un abrazo

Ignacio RETAMAL

Córdoba

Lástima que con la PEG no se le hizo SPECT, hubiera ayudado a descartar más fehacientemente enfermedad coronaria. En general coincido con la opinión de Ignacio Retamal.

Un gran saludo para todos,

José Milei

Con respecto al caso clínico del paciente ciclista, y respondiendo a las inquietudes de los Dres. Retamal y Milei, que amablemente dieron su opinión, realizo el siguiente comentario. El examen de Tiroides es normal, fué solicitado por su dislipemia y sobrepeso a pesar de actividad deportiva. A título aclaratorio, les comento que la actividad deportiva la realiza 2 veces por semana. No se hizo SPECT con la ergometría por razones de la obra social, pero sería una opción futura de acuerdo a evolución del paciente.

La elección del carvedilol fué debida a su Hipertrofia Concéntrica de VI y como una manera de contrarrestar su arritmia asintomática y que a priori no revestiría gravedad. Finalmente, como dato anecdótico y a su vez motivo de mi preocupación, el paciente en cuestión integra la misma agrupación de ciclismo que yo. Para no darles mal ejemplo, mi peso es de 79 kg. tengo 43 años y realizo actividad deportiva con más frecuencia que el paciente citado.

Gracias nuevamente y el deseo de que pasen unas felices fiestas.

Francisco E Viano

Estimado Dr. Viano

1) lo felicito por pertenecer a un grupo de ciclismo, pero fundamentalmente porque es uno de los colaboradores frecuentes de este foro

2) No estoy en contraposición al carvedilol sino que si la arritmia no es tratable y mejora con el incremento de frecuencia quizás le daría IECA o AATII

3) Gracias por las felicitaciones pero como dijo el Dr Martinez Paz en uno de sus acalorados msj pienso seguir conectado y enviaré mis felicitaciones lo más próximo que el Dr Schapachnik lo autorice

Un gran abrazo

Ignacio Retamal

Lo que sigue es mi contestación al Dr. Viano acerca de su paciente ciclista.

Dr. Francisco Viano. Sólo quiero referirme a su expresión "La elección del carvedilol fue debida a su Hipertrofia Concéntrica de VI y como una manera de contrarrestar su arritmia asintomática y que a priori no revestiría gravedad".

Los Beta Bloqueantes no disminuyen la hipertrofia ventricular izquierda. Actualmente, existe toda una línea de investigación al respecto por parte de Fraz Messerli, Lindholm, Bangalore y otros, en recientes publicaciones, que ponen en cuestión la utilización de beta bloqueantes en hipertensión arterial. Los metanálisis dan cuenta de un aumento del riesgo relativo de infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares y muerte por todas las causas cuando se los compara con otros agentes antihipertensivos (1). Por otra parte, otro estudio demostró que reducir la frecuencia cardiaca en pacientes exentos de enfermedad cardiovascular se asocia con aumento de riesgo de eventos cardiovasculares (2).

Los autores pretenden explicar sus hallazgos a través de dos teorías:

A) El incremento de la presión central aórtica. Esta depende de la reflexión de onda desde la periferia. En pacientes con FC baja, la onda reflejada alcanza la próxima onda en sístole, en lugar de la diástole, y por lo tanto puede aumentar la presión central aórtica.

B) Aumento de la presión del pulso. Como la presión arterial media es el producto de gasto cardíaco (frecuencia cardíaca x volumen sistólico) y la resistencia vascular periférica, una disminución de la frecuencia cardiaca con beta bloqueantes debería dar lugar a un mayor volumen sistólico, que sirve para mantener el gasto cardíaco. Un mayor volumen sistólico, a su vez, resulta en una presión sistólica aumentada y presión diastólica disminuida, elevando la presión del pulso.

Cordial saludo.

Luciano Pereira

Referencias:

1) Bangalore S, Messerli FH, Kostis JB, Pepine CJ. Cardiovascular protection using beta-blockers: A critical review of the evidence. J Am Coll Cardiol 2007;50:563-72).

2) Bangalore et al JACC Vol 52, N° 18, 2008. October 28, 2008:1482-9

Es importante lo que dices referente a los betabloqueantes: el carvedilol -fármaco simpaticolítico, postsináptico- tengo entendido que produce una vasodilatación periférica y reduce el gasto cardíaco.

Al reducir la FC disminuye las reacciones químicas al miocardio. Alarga el llenado diastólico ... aumenta el flujo y por lo que es mejor la fuerza frecuencia .a los efectos de comprender y como cada caso es particular me pregunto:en paciente que presenta arritmia ventricular, baja presión arterial, ¿es recomendable brindarle ese betabloqueante?

buenas noches.

Sandra Karina Míguez