

Paciente de 68 años portador de cardiopatía isquémica y MP DDDR que presenta síntomas presincopales – 2014

Dr. Néstor Gorini

Quiero consultar la opinión de los expertos.

Se trata de un paciente de 68 años, que hace 2 años presentó un episodio anginoso típico ante un esfuerzo importante (subir rápidamente tres pisos por escalera) y por lo cual se le realizó una CCG. Esta CCG mostró: Lesión significativa (70-80%) de la arteria descendente anterior a nivel de su ostium y lesión del 60 % en el ostium de la arteria circunfleja, no dominante.

Tras ello, se le realiza SPECT de perfusión miocárdica que informa hallazgos compatibles con isquemia en cara inferior.

Se lo maneja con tratamiento medicamentosos, y al año siguiente (2013) se le realiza nuevo SPECT, que resulta normal y el paciente no volvió a presentar nunca más angina.

Desde hace unos 8 meses, el paciente refiere episodios de mareos por lo que tras varias consultas, termina implantándosele un marcapasos DDDR, ante la presencia de un bloqueo de rama derecha y bloqueo anterior sup izquierdo. No existe PR largo, no hubo un estudio electrofisiológico ni se le hizo un ECG Holter ni nada que mostrase un mayor grado de bloqueo ni pausas o asistolias significativas.

Ante la reiteración de la sintomatología de mareos pronunciados y sensación de pérdida de conocimiento (que nunca llegaron a concretarse) es cuando soy consultado.

Sugiero, entonces, “interrogar” al marcapasos para ver si podía encontrarse alguna alteración coincidente con los síntomas. Dicho “interrogatorio” es efectuado por su obra social y el especialista me informa que han registrado Taquicardia Ventricular Monomorfa No Sostenida (TVMNS) y episodios de Fibrilación Auricular de Alto Pasaje AV (FAARV), y se le indicó amiodarona.

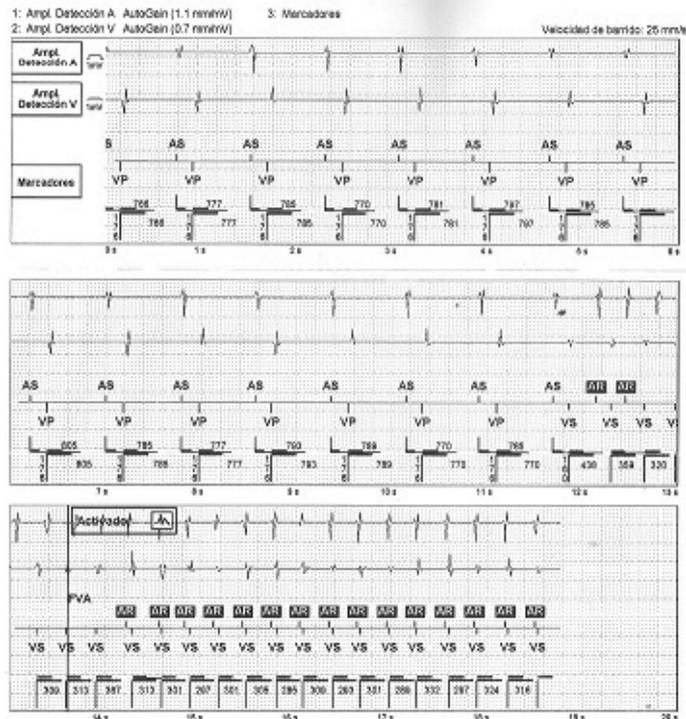
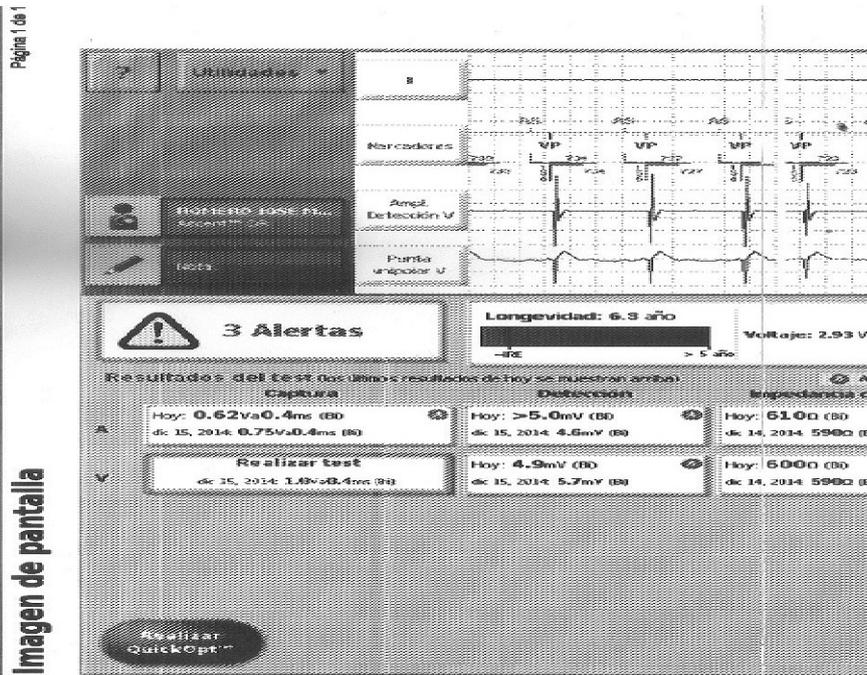
Solicité los registros de dicho “interrogatorio”, pero no se me envió nada, motivo por el cual solicité un técnico y lo interrogué personalmente.

Adjunto todo lo que pude encontrar.

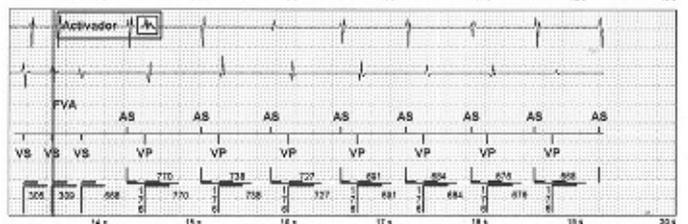
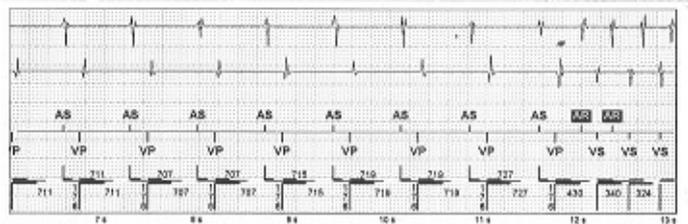
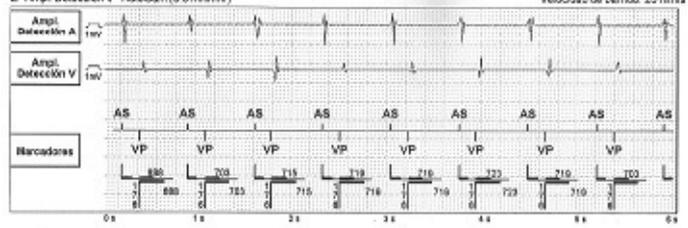
No quiero adelantar mi opinión, pero creo que puede haber varios aspectos a discutir. ¿Uds. qué opinan?

Saludos y muy Feliz Navidad (tardía) y un muy buen 2015 (anticipado) para todos y todas.

Néstor Gorini



1: Ampl. Detección A AutoGain (1.1 mm/mV) 3: Marcadores
 2: Ampl. Detección V AutoGain (0.5 mm/mV) Velocidad de barrido: 25 mm/s



OPINIONES DE COLEGAS

Querido amigo Dr Nestor Gorini

Permítame decirle como yo manejaría este caso

Primero angina con prueba de esfuerzo positiva en paciente de 68 años, lo envió sin ninguna duda a una conariografía. Con este diagnóstico de 75% de la parte inicial de AD y 60% de una CX corta entra en el diagnóstico de **left main equivalet** de alto riesgo por lo tanto lo enviaría a puente aórtico coronario. También esta anatomía coronaria insinúa una CD dominante.

La aparición de un bloqueo izquierdo durante el esfuerzo sugiere que una septal muy alta y corta de la AD irriga la parte extrafibrosa de la rama izquierda.

Por lo tanto no me apuraría a ponerle un marcapaso sin haberle realizado un estudio electrofisiológico ¿Y esto por qué? Porque el marcapaso en VD induce una contracción asincrónica del septo izquierdo inferior. Esta contracción asincrónica en presencia de una coronaria anterior descendente obstruída acarrea grandes problemas hemodinámicos y síntomas isquémicos y descenso de la presión arterial y aumento de la presión diastólica final que induce fibrilación auricular paroxismal.

Ahora UD querido amigo reporta que los síntomas anginosos desaparecieron.

Y esto no es porque las obstrucciones desaparecieron. Lo más posible pensar del punto de vista patofisiológico es que la AD descendente se obstruyó completamente y recibe circulación colateral retrógrada de la coronaria derecha.

Y aquí viene un gran problema; si la coronaria derecha se obstruye vendrá una catástrofe hemodinámica y la ejection fraction descenderá a menos del 30%

El problema de las arritmias ventriculares no sostenidas (y hay que diferenciar muy bien si es ritmo iideoventricular acelerado – que siempre indica reperfusión después de una obstrucción y es un signo muy grave en un pacientr coronario o una taquicardia Ventricular no sostenida irregular que indica focos fibróticos post isquémicos.

Querido Néstor no se concentre en el marcapaso pero asegúrese que la coronaria derecha que suple al sistema coronario izquierdo esté completamente normal. Ya el estudio de isótopos se mostró que el área que suple la rama derecha existe ischemia

Yo, ya le haría una coronagrafía urgente antes que se desarrolle una catástrofe
Contreras a mi posición serán bienvenidas.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Dr. Nestor Gorini

Lo caso está muy bien relatado. Los apuertes del Prof Samuel son importantes consideraciones. Los mareos para mim son de origen ARRITMICA. Non se porque lleimplanto marca-passo non tenia indicación. El Spect ultimo con diagnóstico normal, és ausência de isquemia e también funcion sistolica normal, non? Non hay beneficio con la amiodarona. Un eco, lá repetiões del cateterismo e una pesquisa de arritmia, con HOLTER ou grabadores mas prolongados son las minhas opciones. Non soy maestro mas opino para aprender con las instrucciones de los maestros.

Abrazos

Adail Paixao Almeida

Más allá del agradecimiento por los aportes recibidos, los cuales apuntan a resolver el tema del paciente en forma claramente fundamentada, quisiera que se me permita ordenar un poco la discusión, remitiéndonos, en primer lugar, a la información que nos está dando el marcapasos implantado. Es por ello que envié los registros que se obtuvieron del mismo.

No quiero que se me considere un desagradecido, pues percibo un sincero afán en ayudarme a dar una solución al paciente. Pero, sin intención en limitar a nadie en lo que quiera decir sobre el asunto - dado que no reúno ni los méritos ni la autoridad suficiente para ello-, me gustaría saber qué ven en los registros enviados.

Así, por ejemplo, yo creo que hay mucha información y que un ECG Holter no me aportaría nada nuevo.

Por otro lado, todos sabemos de la existencia de la "Enfermedad del Marcapasos" y que este no es el caso pues, más allá de que los síntomas eran preexistentes a la colocación del mismo, a mí me parece que, en estos registros, podemos excluir que el mismo intervenga en la génesis de la arritmia.

Esto nos ayudaría a pensar que lo que se registró es lo que siempre tuvo el paciente y que no debió haber sido implantado con un marcapasos.

En fin, no soy un experto en la lectura de estos registros, por lo que solicito a los expertos que me den una lección al respecto (y a quienes están en similar situación que yo).

Repito, no desestimo nada de lo que se ha dicho, ni de una nueva coronariografía, ni de la asincronía ventricular, ni de las lesiones equivalentes a lesión de tronco, etc..., solamente pretendo ir paso por paso.

Resumiendo el motivo de mi consulta: ¿Qué ven los expertos en los registros obtenidos?

Saludos y gracias:

Néstor Gorini

Estimado Dr Gorini

Muy interesante su caso, Interpreto sus dudas, que yo también las tengo, pero daré mi humilde opinión .

1 -Por un lado el paciente tiene antecedentes claros de cardiopatía isquémica con la CCG y spect, actualmente estable, y que de ninguna manera se correlaciona con los síntomas actuales (mareos) a mi modo de ver:

2- Por otro lado tiene implantado un marcapaso DDD en contexto de BCRD más HBAI con aparente buena conducción AV, aunque no sabemos su H-V pues no

tenemos un EEF que sería importante para definir la clase de indicación

3- los trazados de EGMs, muestran que el paciente presenta una taquiarritmia supraventricular a una frecuencia de unos 185 min con relación a-v 1/1 que pienso son causa de sus mareos por hipoflujo cerebral (Presentaba el paciente además de mareos, palpitaciones asociadas?)

¿Como interpreto el EGM ? :

Predominantemente el ritmo es sinusal con aurícula sensible (AS) y después transmitida al ventrículo con estimulación ventricular (VP) es decir marcapaso funcionando en modo VDD.

En el segundo panel, en un momento existe retroconducción VA (AR del EGM), (ACORDARSE QUE EN PRINCIPIO TIENE PRESERVADA LA CONDUCCION AV) y se desencadena una taquicardia supraventricular donde NO INTERVIENE EL MARCAPASO a una frecuencia aproximada de 180 -190 min, con estimulación ventricular intrínseca (VS). Como la A es previa a V esta arritmia podría corresponder a una TAU .No se debería descartar una RIN atípica o vía accesorio oculto decremental más raramente. La taquicardia es autolimitada y la frecuencia es suficiente para causar hipoflujo cerebral.(300-325 ms AA-VV)

En síntesis por el EGM creo que los síntomas del paciente son por taquiarritmia SV y que no existe TV, ni FA, y que los antecedentes isquémicos no tienen nada que ver

La duda es: ¿la taquicardia es espontánea o desencadenada por una estimulación auricular retrograda por el marcapaso? Esto sería de utilidad para definir la conducta antiarrítmica ¿drogas AA ?

reprogramación del marcapaso preservando conducción intrínseca? ¿A demanda? demora AV?

ARF

Es mi humilde opinión

Saludos cordiales y un buen Año

Juan José SIRENA

Sgo del Estero

Hola Sirena

Feliz año!

No he visto los registros pero todo lo que Ud dice parece SUPER lógico.

Ahora, si la TSV lo decompensó o le dió síntomas, ARF es la única opción, es curativa y no requiere de tratamiento antiarrítmico a largo plazo. ¿Para que voy a darle una pastilla toda su vida si con una sesión de una hora se cura...?

Le mando un abrazo fuerte y es un placer leer su análisis. A mi vuelta lo veré, pero estoy seguro que concordaré con Ud.

Adrián Baranchuk

Estimado Dr. Gorini,

No observo con detalle lo que Ud envió, pero de lo que se registra mi interpretación particularmente de la hoja 2 es la siguiente.:

1. En el trazado superior se observa ritmo sinusal con sensado auricular (AS) y estimulación ventricular (VP).
2. En el trazado inferior se produce una taquicardia auricular - FA que el canal auricular no la sensa, esa actividad auricular es detectada en el período refractario (AR). Además existe una conducción AV muy rápida que inhibe la estimulación ventricular ya que la misma es sensada (VS), determinando una TA - FA con conducción A-V 1:1. Si es autolimitada, no debería generar la sintomatología que ud relata. Si es más sostenida podría alterar la hemodinamia y provocar esos mareos-presíncopes.

Esperemos otras opiniones para seguir analizando el caso. Saludos.

Oscar Pellizzón