

# Taquicardia ventricular en paciente con Tetralogía de Fallot operada – 2003

Dr. Luciano Pereira

Hola, Edgardo. Te envío para que consideres el presente caso: Paciente del sexo masculino, de 28 años de edad, es remitido de un Centro de Salud.

Profesión: radiólogo idóneo. Siendo las 19:00, aproximadamente, inicia el cuadro con palpitaciones precordiales intensas, palidez, mareos y disnea progresiva y es visto por la médica de guardia quien no dispone de electrocardiógrafo (eso todavía es frecuente por aquí), pero sí de un monitor.

Inicia goteo de amiodarona. El paciente no mejora, presenta hipotensión y la médica inicia goteo de Dopamina. Empeora y es remitido a nuestro servicio ingresando con P.A. cero y pulso débil, filiforme de más de 200 latidos por minuto. Considerando el cuadro y la repercusión hemodinámica se realiza cardioversión eléctrica, no respondiendo a la primera descarga de 200 joules, sí a la segunda con 300 joules, restableciéndose ritmo sinusal.

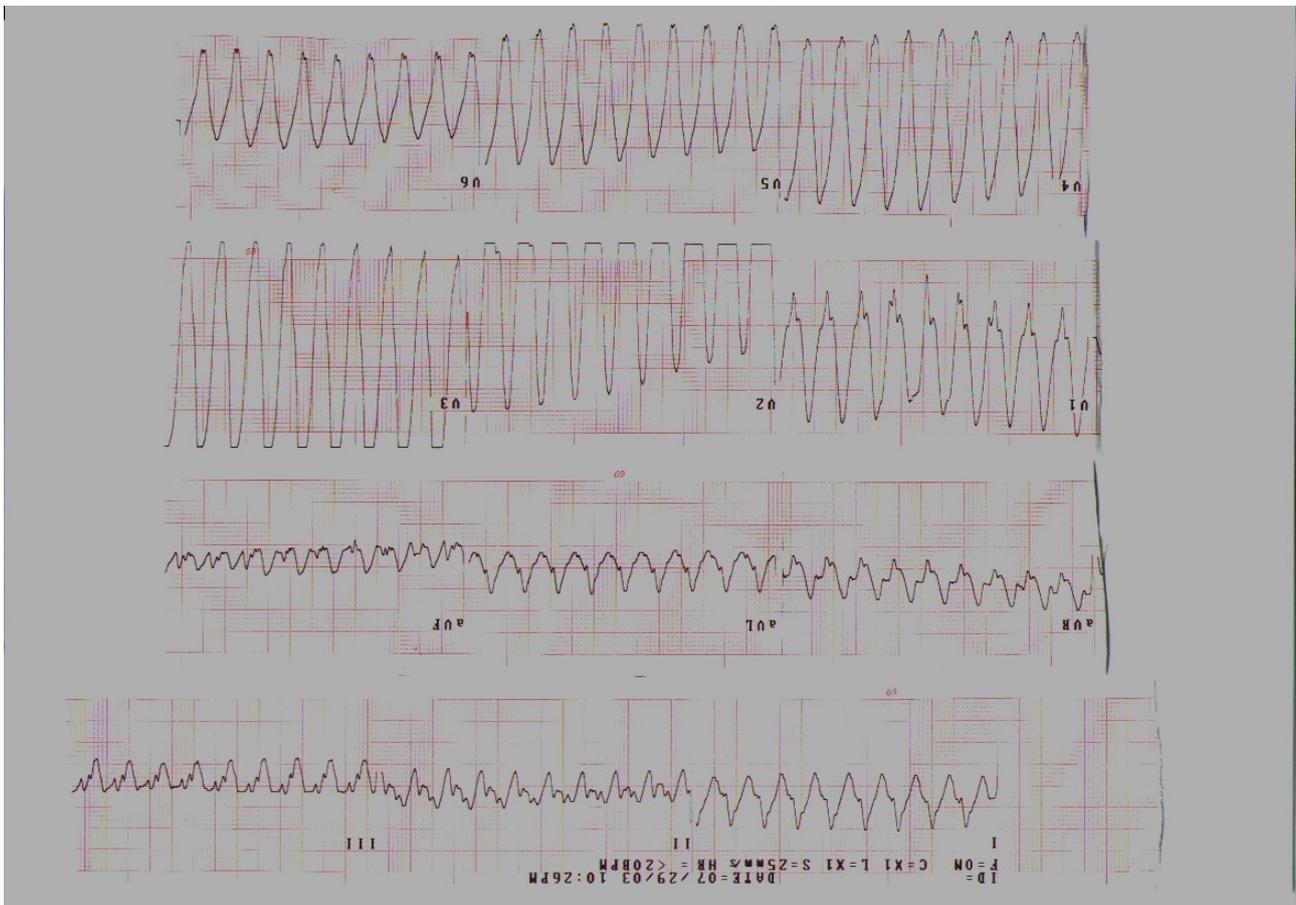
Antecedentes:

El paciente fue objeto de una cirugía de corrección de Tetralogía de Fallot a la edad de 28 años, en Buenos Aires y el presente es su segundo episodio de taquicardia ventricular en seis meses. Luego del primero (en Asunción) le recomendaron tomar en forma permanente amiodarona 200 mg/día, habiéndose postulado inicialmente la posibilidad de un estudio electrofisiológico para considerar probable inserción de CDI.

Estuvo tomando en forma regular la medicación prescrita. Sería interesante escuchar los comentarios de los distinguidos arritmólogos del Foro acerca de la conducta a asumir en adelante.

Cordial saludo.

Luciano Pereira



## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Luciano, comparto el criterio de los colegas con los que hablaste antes. Hay que hacerle un EEF para diagnosticar e intentar ablacionar la arritmia y además tiene indicación de DAI. Para la ablación es importante contar con el protocolo operatorio. De esa manera uno ya va con la idea de donde está el circuito y cual puede ser un punto vulnerable. El ECG sirve para poco ya que las TV de Fallot se pueden presentar tanto con morfología de BRD como de BRI, e incluso alternar y el eje también puede variar dependiendo de lo extenso de la cirugía sobre el tabique y donde quedó la salida del circuito.

Farmacológico sobre esto no conozco nada escrito.

Saludos: Alejandro Cuesta

Con el permiso de Edgardo , me permito una intromisión al mundo de los arritmólogos desde la cardiología pediátrica.

El desarrollo de TV en el Fallot corregido tardío, se asocia a enlentecimiento, reentrada, vinculado a déficit residual, ya sea en obstrucción subpulmonar y ventrículo derecho hipertenso, o al efecto de la insuficiencia pulmonar habitual y su crónica sobrecarga volumétrica del VD.

Ambas situaciones, favorecen la fibrosis que será la responsable de la dispersión eléctrica que es gatillada, extrasístoles y/o bradicardia mediante, en forma de una TV.

Esto es por demás conocido por ustedes y sirva solo de encabezamiento del comentario y no como única fisiopatología posible.

El QRS de reposo, tiene casi 200 mseg, y eso por sí solo, es de mal pronóstico.

Creo que sería muy didáctico, relatar el estado de su VD, ecografía mediante, para orientar su "residuo" hemodinámico actual. Asimismo, detalles de su o sus operaciones serían ilustrativos.

Solo luego de ello, creo se podría preparar la mejor combinación, entre tratamiento farmacológico, electrofisiología/ablación, cirugía, y/o CDI.

Nuestros (como pediátrico lo digo) "egresados" de cirugía cardiovascular infantil, se preparan para ingresar en número importante al mundo de los arritmólogos en su juventud o adultez.

Veo muy conveniente para ellos, que sean orientados en forma conjunta, así también podremos, los pediátricos, "prepararles" mejores pacientes para el futuro.

Dr. Diego Esandi

Cardiólogo Pediatra

Neuquén Argentina

---

Estimados amigos:

La incidencia de arritmias en la tetralogía de Fallot aumenta con la edad, tanto supra como ventriculares, las incidencias de arritmias ventriculares incluso arritmias graves con síncope o muerte súbita aparecen con mayor frecuencia en individuos a los que se le realizó la reparación quirúrgica en edad avanzada (existen otros factores predictores como deterioro de la función ventricular derecha, duración de la circulación extracorpórea, etc). generalmente cuando desarrollan estas arritmias el mecanismo es la macroreentrada en regiones cicatrizales y parches de ventrículo

derecho, menos frecuentemente puede ser generada por actividad gatillada. Dentro del tratamiento farmacológico se pueden utilizar betabloqueantes, propafenona, difenilhidantoina, amiodarona y sotalol. y es una alternativa válida si se puede mapear intentar la ablación por radiofrecuencia,

Desde ya este paciente debería intentarse un EEF, y evaluar si la condición hemodinámica lo permite la ablación por radiofrecuencia, de no ser así y ante la posibilidad real de muerte súbita creo que indicaría CDI y drogas,

Saludos

Francisco Femenia, Mendoza Argentina

---

Creo que la tachycardia es ventricular en origen, e aconsejo la implantación de de un defibrilador permanente.

Arnaldo Carvalho,MD

---

Dr Femenia

Estoy de acuerdo con Ud en lo expuesto con respecto a la aparición de arritmias en el Fallot pero creo que lo primero que hay que decidir es la condición hemodinámica del paciente con respecto a la reparación efectuada ya que algunas veces debe plantearse un nuevo tratamiento quirúrgico para mejorar la condición anatómica.

El estudio electrofisiológico lo haría solo si pienso ablacionar la TV. No estoy muy segura de la tolerancia hemodinámica en este caso.

Saludos

Dra Elina Valero