

Flutter auricular crónico en paciente de 62 años - 1999

Dr. Luis E. Castro Díaz

Estimado Edgardo:

Anteriormente tuve la interrogante, en relación a un paciente de 62 años, hipertenso, con un flutter auricular de larga data, mal controlado con drogas, con excepción de ibutilide, que abandonó, acerca de qué lugar ocupa la cardioversión en este caso y me preguntaba qué papel juega, la cardioversión en el manejo del flutter auricular. Mis excusas por insistir.

Dr. Luis E. Castro Díaz

Chitré, Panamá.

OPINIONES DE COLEGAS

"Se ha dicho que las arritmias se tratan con electricidad"

A juzgar por la escasa respuesta a los fármacos (con la relativa excepción de la ibutilida), el aleteo sería un buen ejemplo en tal sentido. En cambio, la cardioversión es altamente efectiva con energías sumamente bajas.

Se dice que puede revertir inclusive con un golpe de puño (equivalente a 10 joules).

Preferimos comenzar con 100 joules, aunque otros comienzan con la mitad de dosis

Dr. Jorge Gonzalez Zuelgaray

Estimados Colegas:

Parece haber acuerdo en que la cardioversión eléctrica es el tratamiento de primera elección en casi todos los pacientes con flutter auricular. Queremos agregar que ello nos ha servido en las consultas en puerta de emergencia para dar el alta precóz, sin internación, a pacientes que se presentan sin complicaciones. Con control y estudio en ambulatorio.

Hemos presenciado en reiteradas oportunidades que pacientes a los que realizamos cardioversión eléctrica de su flutter salen con ritmo sinusal con muchas extrasístoles supra, a veces multifocales. Esto nos hace prolongar su observación y pensamos que también aumenta sus chances de reiniciar el flutter.

Quisiera saber:

- 1) Si han observado lo mismo.
- 2) Si hay algún trabajo publicado que lo haya estudiado.
- 3) Si usan alguna medicación en particular en agudo mas allá del tratamiento profiláctico crónico.

Dr. Alejandro Cuesta

En el flutter auricular, no hay duda de la elevada efectividad de la cardioversión eléctrica de baja energía. sin embargo no deja de ser un método algo agresivo. Siempre se debe tener en cuenta que posiblemente este paciente deberá quedar medicado, según sea el caso (valorar cardiopatía y recurrencias), de ser así, generalmente ya iniciamos algunas horas o días antes de una cardioversión electiva, con la droga que va a quedar el paciente, justamente para evitar la recurrencias tempranas. Si el paciente no va ha quedar medicado (primer episodio, con corazón normal) no requiere droga para el manejo peri-cardioversión, excepto digital, o diltiazem o beta bloqueantes para mejor control frec. (previo CVE)

Lo que hacemos generalmente en este tipo de pacientes es: si tenemos dudas de la duración del flutter (eco-transesofagico) o previa anticoagulación, le llevamos a hemodinamia e intentamos la ablación y/o reversión con sobre-estimulación.

Cuando hay descompensación hemodámica, ni que hablar (cardioversión eléctrica inmediata).

La sobre-estimulación trans-esofagica tambien puede hacerse, pero a los pacientes en general, no les agrada mucho el método.

Dr Domingo Luis Pozzer,
Corrientes, Argentina.

Estimado Dr. Alejandro Cuesta

Como se ha discutido de forma general la cardioversión eléctrica es de elección en casos de flutter auricular debido a su alta eficacia y baja carga eléctrica necesaria, nosotros publicamos un estudio en Jpn Circulation donde aplicamos cardioversión eléctrica(CE) en pacientes con arritmias muchos de ellos presentaban flutter posterior a la CE manteníamos infusión de Verapamilo por 24 horas, sin ninguna complicación, posteriormente se reevaluaban en la consulta de arritmias y dependiendo su estado clínico, reincidencia manteníamos la medicación por periodos más prolongados. Donde si vimos reincidencia de la arritmia fue en portadores de fibrilación auricular.

Envio la referencia del trabajo el cual comenté

"The effects of Cardioversion and Defibrillation on Left Ventricular Systolic Function

Japanese Circulation Journal Vol.56 No. 8 August 1992 (pages 822-829)

Saludos

Dr. Eric Vidal

El Flutter auricular si bien cuando no hay compromiso hemodinámico se intenta convertir con con drogas, y al no convertir con estas se realiza la cardioversión eléctrica, la cual es altamente eficaz. Existe otra posibilidad altamente eficaz, que se puede hacer en forma ambulatoria, y es poco invasiva, que aprendí con el Dr. Rolando Gonzalez A. Es la captura del flutter mediante un catéter esofágico.

Se coloca un catéter en el esófago conectado a un monitor y se posiciona en el lugar en que se visualice la onda A, en esa posición se realiza un pacing por sobre la frecuencia del flutter (se captura) y lo más frecuente es que salgan en ritmo sinusal, sin necesidad de la cardioversión eléctrica, con poco riesgo, y en forma ambulatoria. lo cual es más cómodo para el paciente.

Dr. Igor Lipchenca