

Paciente de 52 años, post IAM, que presenta TVNS – 1999

Dr Javier Rojo & Dr Ignacio Elliff

Dr Schapachnik:

Le presentamos el siguiente caso clínico, esperando la respuesta de nuestros colegas.

Se trata de un paciente de 52 años, con factores de riesgo coronario y antecedente de IAM inferior hace 3 meses, sin isquemia. En la estratificación de riesgo se constata fracción de eyección por ventriculograma radioisotópico de 53%. Holter de 24 hs con 20 episodios de TVNS, señal promediada positiva.

Los interrogantes son:

- ¿Tendría lugar la inducción de TV, aún sabiendo que no existen indicaciones consensuadas de indicación de CDI en prevención primaria en pacientes con buena fracción de eyección?
- En el caso de no realizarse estudio electrofisiológico ¿eligiría tratamiento con amiodarona (o algún otro antiarrítmico)?.

Aprovechamos la oportunidad para consultarlo a propósito de dos interrogantes:

1- ¿Qué conducta tomaría frente a un paciente con IAM previo, mala fracción de eyección (30%) TVNS en holter y señal promediada negativa. En que debemos creer.....en el poder predictivo negativo de la señal promediada o en el "paciente MADIT"?

2- Ante un paciente con IAM con más de 20 días de evolución, y debido a que la terapéutica antiarrítmica en el paciente con buena fracción de eyección es al menos discutible, ...¿indicaría holter de rutina a todos los pacientes?

Dr Javier Rojo

Dr Ignacio Elliff

Residencia de cardiología, Hospital San Juan de Dios, La Plata

OPINIONES DE COLEGAS

La conducta claramente, es la ablación con RF, este paciente tiene un EEF previo, seguramente este fue el momento oportuno para realizar la ablación.

Generalmente hacemos en el mismo procedimiento ambas cosas, ya que algunos, como el paciente comentado, no quieren regresar más a la sala de electrofisiología. Pero en este caso, es preciso hablar con el paciente, familia, etc, ya que tiene alta chance de desarrollar una taquicardio-miopatía.

Vi personalmente algo parecido, en el pasado que progresó a la miocardiopatía dilatada, por su larga historia de taquicardia rápidas mal toleradas, y recurrentes.

Como opción a la ablación, yo intentaría Propafenona asociada a Amiodarona.

El tratamiento con amiodarona en este grupo es discutido, si consideramos los resultados del EMIAT y CAMIAT que no demostraron impacto con amiodarona en la mortalidad total (aunque, hay una número importante de pacientes que mabandonaron el tratamiento). Yo personalmente, estaría más tranquilo con amiodarona o sotalol o algún otro beta bloqueante, si el paciente no tiene TVS inducible en el test electrofisiologico (con un protocolo convencional de hasta tres extraestímulos en VD), admito que no existen datos firmes en la literatura en este sentido.

Con respecto a las dos preguntas adicionales: 1) Absolutamente es un paciente MADIT, y debe estudiarse y tratarse en consecuencia (el valor de las señales promediadas negativas en este grupo, será resuelto (espero) con la inminente publicación del estudio MUSST.

2) Ud. lo ha dicho, no indicamos rutinariamente, excepto como parte de un protocolo, síntomas y/o arritmias documentadas, etc. Generalmete los beta bloqueantes son indicados, si no existe contraindicación, independientemente de si tiene o no arritmias ventriculares.

Dr Domingo Luis Pozzer

Instituto de Cardiología de Corrientes

Corrientes. Argentina

En este caso presentado por el colega, la conducta aconsejada es EEF y testeo de drogas.

El valor de la FE nos autoriza a realizar seguimiento y la presentación clínica no determina mal pronóstico. Lo que si es aconsejable es la utilización de drogas betabloqueantes además del antiarrítmico seleccionado. Un subestudio del CAST demostró que los pacientes que se encontraban en el grupo tratamiento con flecainida + Betabloqueante tuvo la misma mortalidad que el grupo placebo, no así el grupo tratado solamente con flecainida, el cual presentó un aumento de la mortalidad con significancia estadística, lo cual habla del efecto protector del betabloqueante, contra el desarrollo de arritmias fatales, fundamentalmente FV.

Con respecto a la señal promediada ya quedó demostrado en el CABG que no discrimina a pacientes con alto riesgo para muerte arrítmica. Incluso la falta de beneficio a favor del desfibrilador en este trabajo estuvo determinada por la mala selección de la población basado en este método (el criterio de inclusión era el ECGSP positivo). Por lo tanto hay que creer en el MADIT y mas aún en los resultados, no publicados pero ya presentados en el ACC y en NASPE, del estudio MUSTT. Este trabajo confirma los resultados del MADIT y además aclara los puntos oscuros del MADIT.

Pôr último dentro de la estratificación del riesgo para MS en el paciente pos IAM es de rutina la realización del Holter como quedó demostrado en el MADIT y MUSTT.

Fernando Scazzuso

En relación a la consulta enviada por los Dres. Javier Rojo e Ignacio Elliff, de la Residencia de cardiología del Hospital San Juan de Dios, de La Plata, Pcia. de Buenos Aires, Argentina, acerca de un paciente de 52 años, con factores de riesgo coronario y antecedente de IAM inferior hace 3 meses, sin isquémia, con 20 episodios de TVNS en el estudio Holter y señales promediadas

positivas, el Dr. Ignacio Perez Galvez, de Santa Clara, Cuba, envía por mi intermedio el siguiente aporte:

Estimados colegas:

En su pte. existen factores de isquemia cardiaca, por lo que creo que se debia primero ver el estado de su carga isquémica y coronarias, ya que en ello puede estar el mecanismo disparador de la TVNS.

El uso de la amiodarona creo que es el mejor, por ese antecedente, pero si se resuelve el problema isquémico quizás se resuelva el de la arritmia.

Saludos de Cuba

Dr. Ignacio Pérez Galvez