

# **Paciente masculino, de 66 años con cardiomiopatía, portador de prótesis valvular mitral e ICC CF III-IV – 2003**

**Dr. Luis Alberto Orellana Vidaurre**

La presente va dirigido a obtener la opinión de los colegas del Foro de Arritmias, acerca del caso que en seguida os relato: Se trata de un paciente masculino, de 66a. con cardiomiopatía de etiología valvular, operado, portador de prótesis valvular mitral e ICC CF III-IV. Cardiomegalia a predominio del crecimiento de cavidades izquierdas con una FE de 22% y FA crónico. El ECG muestra FA y complejos anchos patrón morfológico tipo BRI.

La respuesta al tratamiento farmacológico resulta en serias complicaciones entre ellas, severas bradiarritmias con evidente deterioro de HD y muy mala calidad de vida.

Se ha pensado en el aporte que podría tener el MP resincronizador, pero el ser portador de FA sostenido, nos llena de dudas acerca de su beneficio.

Al respecto no poseemos experiencia en una situación parecida, por lo que solicito sus opiniones y/o nos relaten sus experiencias que podrían servir de ayuda en el manejo de nuestro paciente, al cual desde ya, os agradezco infinitamente.

Atentamente: Dr. Luis Orellana (Lima, Perú)

Nota: El paciente en referencia esta siendo evaluado también en la Unidad de Trasplante Cardiaco.

Luis Alberto Orellana Vidaurre

## OPINIONES DE COLEGAS

Prezado Luiz Alberto: tenta dar um norte a tua dívida de SP Andrés Ricardo Pérez Riera de SP Brasil.

A presença de BCRE constitui um marcador de mau prognóstico em pacientes com ICC. Este efeito negativo é independente da idade, severidade da ICC e o tipo de drogas empregadas. Este dado torna racional a indicação de marcapasso ventricular resincronizado multisítio em pacientes com ICC e BCRE (Baldasseroni S, Opasich C, Gorini M, et al. Italian Network on Congestive Heart Failure Investigators. Left bundle-branch block is associated with increased 1-year sudden and total mortality rate in 5517 outpatients with congestive heart failure: a report from the Italian network on congestive heart failure. *Am Heart J* 2002;143:398-405).

Associação de FA crônica + BCRE não constitui um impedimento e pelo contrário reforça a indicação (Baldasseroni S, De Biase L, Fresco C, et al. Cumulative effect of complete left bundle-branch block and chronic atrial fibrillation on 1-year mortality and hospitalization in patients with congestive heart failure. A report from the Italian network on congestive heart failure (in-CHF database). *Eur Heart J* 2002;23:1692-8).

O implante de MP multisítio é uma das condutas que formam parte da lista das opções cirúrgicas na ICC severa e pode em ocasiões adiar a indicação heroica do transplante ortóptico. Os principais dessa lista são:

- 1) Transplante ortóptico;
- 2) Assistência circulatória mecânica com ponte para o transplante;
- 3) Assistência circulatória mecânica definitiva como alternativa ao transplante;
- 4) Cardiomioplastia;
- 5) Ventriculectomia esquerda parcial, ventriculectomia redutora ou operação de Batista;
- 6) Implante de prótese em posição mitral preservando os folhetos e o aparelho subvalvar dividindo ao meio o folheto septal mitral e suturando uma metade a comissura anterior e a outra a posterior visando reduzir o eixo longitudinal do VE ou operação de Buffolo.
- 7) Revascularização: Prévia Avaliação da viabilidade miocárdica e cirurgia de ponte mamário-safena com ou sem remodelação do VE.
- 8) Implante de MP multisítio.

Lhe envio recentes citas bibliográficas que irão ajudar na tomada de decisão sua e de sua equipe.

Grato

Andres R. Pérez Riera

---

Dr. Orellana Vidaurre.

En nuestra experiencia personal con 28 resincronizadores implantados y seguidos la mejoría de la calidad de vida y la respuesta al ejercicio es significativa si bien no tenemos parámetros anatómicos que demuestren la causa. Sin embargo solo un pte está en FA. Lo ideal sería resincronizar ambos ventrículos y la secuencia AV sin embargo en un paciente que necesita el marcapasos por bradicardia como en su caso es indudable que será mejor una estimulación biventricular que solo desde el el VD.

Elina Valero

---

Estimado Luis Alberto:

Aunque hace un tiempito que no reviso el tema, pero estando al tanto de las últimas publicaciones, te diría que la pregunta que me haría es: ¿Qué pretendo de una resincronización (CRT)?

Parece no estar en duda que tenemos chances de mejorar la calidad de vida.

No obstante, si la pretensión es aumentar la expectativa de vida, ahí te diría que entraríamos en un terreno donde las opiniones podrían estar encontradas.

Ahora, si la propuesta es resincronización más cardiodefibrilador (ICD), hay estudios que muestran aumento de la expectativa de vida (no gran cosa, pero....).

Todos los estudios anteriores al COMPANION, nunca habían mostrado beneficios en supervivencia sólo con CRT (hablaban de mejoría de calidad de vida por protocolo como el de Minnesota, o caminata de 6 minutos, etc..) pero a los seis meses de seguimiento, y luego al año, no había diferencias entre quienes recibían y no recibían un CRT.

Ahora, este estudio habla de una mejoría de calidad de vida, en hospitalizaciones y en MORTALIDAD sólo con el uso de CRT, cosa que parecería ser más notoria aún, si se agrega ICD, todo comparado con pacientes que reciben una terapia medicamentosa óptima.

Esto fue expuesto muy recientemente en el ACC.

Aquellos más entusiastas con el método parece que, de ahora en más, estarían dispuestos tan sólo a discutir a qué tipo de pacientes se le debe indicar un CRT y a quienes un CRT más IDC;

Otros parecen querer centrar la discusión entre quienes deben recibir CRT/IDC y quienes tratamiento médico.

Yo no he leído aún detenidamente el trabajo por lo que no puedo hacerte ningún comentario de tipo personal.

Igualmente, creo que la comparación no debería hacerse contra pacientes correctamente tratados desde el punto de vista medicamentoso por dos motivos:

Uno, porque ninguno de los pacientes que recibieron el dispositivo dejó de tomar medicación (no es uno vs. otro, sino, uno más otro) y, seguramente, no habría protocolo aprobable que proponga fármacos vs. CRT/IDC.

Segundo, porque el "gold standar" que yo tomaría para comparar terapéuticas en Insuficiencia cardíaca terminal refractaria, sería el trasplante cardíaco ¿no les parece?

Andrés, en sus referencias, ha definido muy bien todas las cuestiones que deberían tomarse en cuenta al decidir la colocación de un dispositivo de este tipo y de otras alternativas no medicamentosas en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

A ello, y si se me permite por apartarme de cosas que son puramente médicas, creo que este tipo de decisión, en una Latinoamérica que vive una situación socioeconómica muy especial, debe ser tomada a un nivel estrictamente personal, del caso individual.

Creo que aquí, resulta "utópico" definir como recomendación consensuada para ser utilizada en la práctica cotidiana (aún cuando sea cierto), que los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica terminal y refractaria con QRS ancho deben ser tratados con CRT/IDC: "Nunca es triste la verdad, lo que tiene es remedio..."

Una última impresión: Si la decisión de colocar un CRT con o sin IDC constituye además de una decisión médica consensuada, parte de un protocolo de seguimiento y estudio, entonces yo haría mis mayores esfuerzos para la implantación.

Por el contrario, si tuviera que decidir la colocación, exclusivamente con la esperanza de estar aportando la mejor solución para mi paciente, entonces lo dudaría mucho.

Saludos a todos:

Néstor Gorini

PD: Coincido con haber enviado al paciente a la Unidad de Transplante.

Respecto a cuestiones técnicas (sitios de estimulación, resincronización biventricular, secuencia AV, etc...) seguramente habrá en este foro gente con experiencia suficiente que podrá dar su opinión autorizada.

---

Dr Orellana:

Si bien entendí su paciente no es portador de ICC + FA refractario a tratamiento médico. sino más bien, es portador de ICC+ FA en el cual el tratamiento con drogas se ha visto complicado con bradiarritmias, lo cual sumado a su deterioro de su FVI ha empeorado su condición hemodinámica. Es evidente que para optimizar el tratamiento con drogas necesita de un MPD,y tenemos dos opciones

1.- un MPD con un cable en VD, este si bien va a solucionar el problema de las bradiarritmias en este paciente con BCRI es probable que su compromiso hemodinámico no mejore y por el contrario empeore

2.- la otra opción es un MPD con resincronización biventricular sin función AV (por su FA) es decir sin sincronía AV, si bien este paciente cumple criterios parciales para resincronizarlo

S. Jara

---

