

Paciente masculino de 68 años con aleteo auricular típico y bloqueo de rama derecha – 1999

Gustavo R. Aronson

Estimados colegas: Un caso de un paciente masculino de 68 años, vivió 30 años en zona rural de Brasil. Antecedentes de Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

Varias serologías para Chagas negativas. Consulta hace 8 años, se detecta aleteo auricular típico y bloqueo rama derecha, pocos síntomas, no se puede establecer tiempo de evolución. Se cardiovierte con digoxina más quinidina.

Queda medicado con atenolol 100 mg por día y levotiroxina 0,2 mg por día.

Ecocardiograma bidimensional aurícula izquierda 43 mm. Durante 2 años permanece en ritmo sinusal. Luego episodios paroxísticos autolimitados de aleteo auricular tipo I antihorarios, se agrega digoxina. Permanece en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 60 por min., hasta hace un año que en la espera de cirugía carotídea, presenta síncope. Se realiza Estudio electrofisiológico, se encuentra bloqueo bifascicular y bloqueo 2:1 intranodal, sin disfunción sinusal, se coloca marcapasos DDD y entonces nuevamente flutter paroxístico y endocarditis bacteriana del catéter. Se negativizan los hemocultivos. Vegetación en punta del ventrículo derecho desaparece. Ecograma transesofágico muestra disminución flujo aurícula y orejuela izquierda.

Anticogulado. Las preguntas a la lista son:

- a) ¿se reprograma el marcapasos definitivamente?
- b) ¿se cardiovierte con fármacos – amiodarona?
- c) ¿tratamiento definitivo: ablación y cambio de catéter a epicárdico?

Cordialmente.

Gustavo R. Aronson. Rosario. Santa Fe. Argentina.

OPINIONES DE COLEGAS

En relación a la consulta del Dr. Gustavo Aronson del pasado 27 de octubre (paciente de 68 años que vivió 30 años en zona rural de Brasil) portador de aleteo auricular típico y bloqueo rama derecha acerca del cual el colega preguntaba:

- a) ¿se reprograma el marcapasos definitivamente?
- b) ¿se cardiovierte con fármacos – amiodarona?
- c) ¿tratamiento definitivo: ablación y cambio de catéter a epicárdico?

el Dr. Daniel Boccardo, desde New York, envia el siguiente aporte:

Estimados amigos:

Creo que la respuesta correcta es: "ninguna de las que se mencionan"

El paciente tenía un marcapasos implantado por razones dudosas: el autor debería especificar si el bloqueo del nódulo auriculoventricular 2:1 se encontraba en condiciones basales (en cuyo caso la indicación sería correcta) o durante una alta frecuencia.

Ahora mismo, si el paciente está libre de evidencia de endocarditis infecciosa, probablemente el mejor tratamiento sea ablación por radiofrecuencia del aleteo, lo que es efectivo en más del 90% en aleteos encarrilables (ya sea en el sentido de las agujas del reloj, o en sentido contrario), para programar el marcapasos en modo DDD, luego esperar de 2 a 3 meses, y detener la anticoagulación.

Gracias,

Daniel Boccardo, MD