

Paciente de 72 años en insuficiencia renal crónica dialítica que presenta HVI y arritmia supraventricular- 2004

Dr. Luis Felipe Sánchez

Estimados colegas: necesitaría de vuestra calificada opinión: Tengo un paciente de 72 años de edad, con IRC por una larga historia de HTA. Cursando la etapa de diálisis correspondiente con control seriado de laboratorio y corrección de electrolitos y anemia. En un control de ECG rutinario (estando asintomático) encuentro ESV más o menos frecuentes. Los estudios indicaron: ecocardiograma con moderada HVI, agrandamiento de aurícula Izquierda, y leve deterioro de la función VI, no hay signos pericárdicos.

El Holter de 24 hs presenta bigeminias y trigeminias supra ventriculares a partir del foco normal de activación.

¿Existe la posibilidad de transformación a FA?, ¿es necesario tratar y cuál la droga más apropiada?.

Agradeciendo desde ya

Dr. Luis F. Sánchez

OPINIONES DE COLEGAS

Prezado Dr Luis Sánchez: seu paciente tranquilamente tem elevado risco de acontecer esta arritmia.

A presença de SAE + SVE detectados pelo ECG é um elemento de risco. O fato de ter comprometimento do desempenho do VE (¿FE??) e AE aumentado e a arritmia frequente no Holter num paciente renal crônico não é nada bom.

Deve empregar droga para tratar a ICC mesmo não clínica. Este paciente tem ICC hemodinâmica. O mais indicado é manter a PA em cifras normais ou algo baixas com IECA em dose plena (Ex enalapril 20mg de 12/12h) + carvedilol aumentando + cardiotônico (recente metanálise demonstrou que digoxina + carvedilol é superior a carvedilol isolado) e diurético dependendo do necessário. Cuidando o K espironolactona.

O diagnóstico da SVE, sua quantificação e caracterização são da maior importância clínica, uma vez que ela por si só, é um indicador primário de redução na expectativa de vida e aumento na morbi-mortalidade cardiovascular, ao constituir-se no primeiro passo para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, aterosclerose, isquemia, infarto de miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias e morte súbita como consequência da alteração na arquitetura miocárdica do VE miocítica e não miocítica, levando a disfunção diastólica, sistólica, eletrofisiológicas e da reserva coronariana (remodelamento) 1-2.

1) Kannel WB. Left ventricular hypertrophy as a risk factor: the Framingham experience. J Hypertens Suppl. 1991; 9: S3-8; discussion S8-9.

2) Kannel WB. Office assessment of coronary candidates and risk factor insights from the Framingham study. J Hypertens Suppl. 1991; 9: S13-19.

Andrés R. Pérez Riera

