

Paciente de 74 años con enfermedad de Chagas y EPOC que presenta taquicardia de QRS ancho – 2005

Dr. Javier Encinas Landívar

Se trata de un paciente de 74 años, con antecedentes de enfermedad de Chagas diagnosticada hace 5 años, EPOC.

Este paciente nos fué derivado hace un año atrás, consultó por una taquiarritmia, (adjunto ECG) en otro servicio, recibió amiodarona EV con reversión de la arritmia.

El paciente tenía un ECG previo con ritmo sinusal con un hemibloqueo izquierdo anterior, sin otras alteraciones.

El ECG fue interpretado como TV vs TSV con conducción aberrante, por la morfología de algunos complejos.

Dentro de la investigación que le realizamos destacan:

Rx de tórax: Imagen de atrapamiento aéreo, ICT 0,50

Ecocardiograma fe 46% (SIMPSON), AI 4,4, VI con discreto aumento de sus dimensiones, hipocinesia anterior inferior y lateral, insuficiencia tricúspide discreta.

Holter: episodios de taquicardia supraventricular, y extrasistoles monofocales frecuentes.

Coronariografía coronarias angiograficamente normales, con FE comprometida (50%) y las alteraciones de la contractilidad ya descritas en el ECO.

Fue medicado para ICC y recibió amiodarona

Tuvo un BOOP secundario al uso de amiodarona.

Tiene una insuficiencia respiratoria secundaria a tabaco sat 86% con FIO2 21%.

Hace unos días acude, después de aproximadamente un año, con nueva taquiarritmia asociada a compromiso hemodinámico, por lo cual es cardiovertido.

Se realizo nuevo ecocardiograma, que muestra mayor deterioro de la función ventricular, actualmente con FE de 41% (SIMPSON)

Mi impresión es que corrponde a una TV y que requiere de un CDI.

Sin embargo existen opiniones discrepantes en relación a la interpretación del ECG, las cuales se orientan en que este caso correspondería a una TSV con conducción aberrante.

¿Qué opinan?

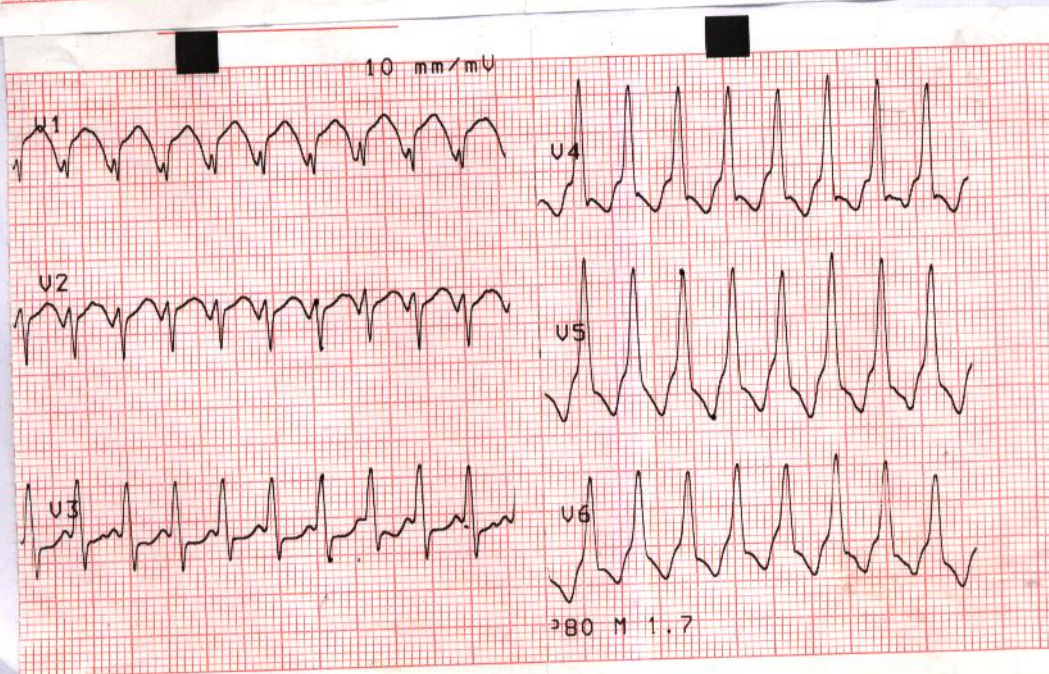
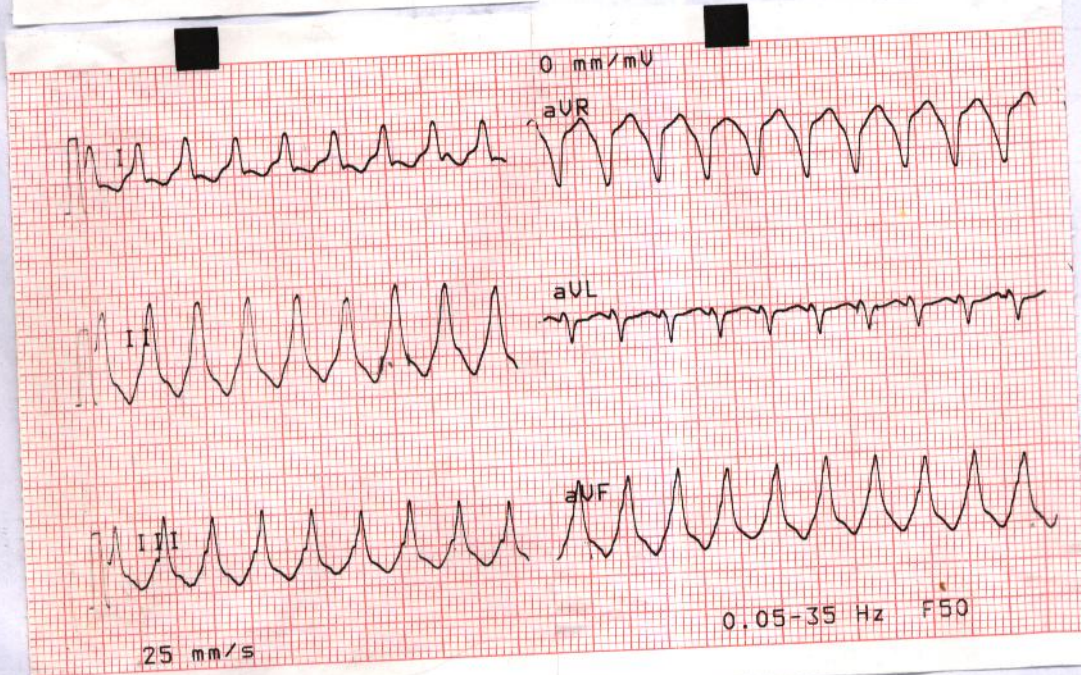
¿Cuál es la impresión que les da el electro

Gracias

Dr. Javier Encinas Landivar

Bolivia

Nombre: [REDACTED]
 Numero:
 Nacido: FC: 231/min
 Edad:
 Sexo: Intervalos:
 RR 260 ms
 P - ms
 PQ - ms
 QRS 162 ms
 QT 238 ms
 QT 157 ms
 Altura: cm
 Peso: kg
 PS: mmHg
 Med:
 Eje:
 P °
 QRS 62 °
 T 84 °
 P (II) - mV
 S (V1) - mV
 R (V5) 2.02 mV
 P80 M 1.7



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Encinas Landivar

Creo que el ECG cumple todos los criterios de TV: pese a que el eje está en el cuadrante de 0° a 90° es totalmente distinto al eje del paciente (HBAI), tiene imagen de BCRI pero no cumple los criterios de un BRI típico (ej el eje debe estar entre $+30^\circ$ y -30°), y si cumple los criterios morfológicos de TV si vemos V1 (RS) y V6 (todo R). También aunque aparente ser un QRS de 120 ms, debemos tomar el inicio del mismo desde la onda que imita una onda P (pero que es parte del QRS) dando una longitud mucho mayor del QRS.

Por todo lo expuesto, asociado a la edad, tipo de cardiopatía (Chagas), sin importar la FE (pacientes chagásicos con buena FSVI y alteraciones de la conducción tienen alta tasa TV) debemos pensar en una TVMS.

Mariana Valentino

Estimado Dr Javier Encinas:

Además de lo detallado por la Dra Mariana, se pueden apreciar ondas P disociadas (más lentas que) del QRS en V3, lo que certificaría el diagnóstico de TV.

Una pregunta: ¿qué significa "BOOP"? ¿El segundo episodio de TV lo sufrió sin amiodarona?. ¿Está tratado con betabloqueantes?

Una buena asociación en Chagásicos con este tipo de TV, que le dan algo de tiempo al paciente a consultar a una guardia, es la amiodarona más betabloqueante. Si no evitan los episodios, los suelen hacer más lentos, posibilitando el mapeo e intento de ablación por radiofrecuencia.

Todas opciones frente al CDI que a veces se hace difícil obtenerlo.

Dr Jose Luis Serra

Córdoba

Comparto lo dicho por Mariana.

Para los colegas que no se dedican específicamente al tema debemos recordar como criterio general en agudo, que frente a una taquicardia regular de complejos anchos en un paciente con cardiopatía estructural conocida se debe pensar siempre que es una Taquicardia Ventricular. Luego de estabilizado y para decidir la conducta definitiva se puede analizar más en detalle el trazado y eventualmente solicitar nuevos estudios.

Comparto también la indicación de DAI si su enfermedad pulmonar u otra no limita su esperanza de vida a menos de 1 año.

Me gustaría realizar previamente un EEF. Admito que es opinable pero creo que nos puede dar información para la programación, documentar la TV con registros endocavitarios y quizás hasta se pueda realizar la ablación para disminuir las terapias del DAI.

Saludos:

Añejandro Cuesta

Amigos respuestas a las interrogantes:

BOOP

Siglas en ingles de Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonitis, que es una de las complicaciones pulmonares reportadas con el uso de la amiodarona (25%), la más frecuente es la neumonitis crónica intersticial.

En este caso el paciente tuvo el segundo episodio de TV cuando sólo tomaba B-bloqueadores debido a que la neumonitis que presentó con el uso de la amiodarona, motivo la suspensión de la misma.

Nuestro planteamiento fue similar respecto al EEF, enfatizando al paciente que las arritmias ventriculares en chagásicos, además de ser de múltiples focos, tienen origen más epicárdico, por lo cual la ablación es menos exitosa, por eso se desarrolló la técnica transepicárdica (Dr Sossa - InCor San Pablo) la cual mostraría mayor porcentaje de éxito.

Respecto al CDI se planteó como la mejor alternativa, la expectativa de vida del paciente, es un dato que me parece muy importante, veremos la forma más fiable y reproducible de ver esto, el enfermo por ahora está estable, aguardamos la respuesta de los familiares. Su mayor problema actual es el respiratorio

Gracias por todos sus aportes

Un abrazo

Javier Encinas Landívar

Cochabamba - Bolivia