

Paciente femenina de 54 años que presenta una FA paroxística – 2010

Dr. Martín Ibarrola

Estimados colegas del foro:

Les quiero presentar el siguiente caso para conocer sus opiniones, diagnóstico y tratamiento.

Paciente femenina de 54 años que concurre a la consulta de urgencia por palpitaciones y mareos de 1 hora de evolución.

AP: No, AF No

EF TA 100/60 R1 R2 normal No soplos. No R3 ni R4.

Fue estudiada por similar sintomatología 2 años atrás, y en los estudios (ergometría, eco, Holter, laboratorio) no presentó nada positivo, fue derivada a electrofisiología para decidir conducta y se descartó la necesidad de estudios complementarios. Continuó durante estos dos años con similares síntomas y concurre por mayor recurrencia de los mismos en los últimos días.

Disculpen el trazado completo va en dos partes.

Les deseo Muy felices pascuas a todos los integrantes del foro.

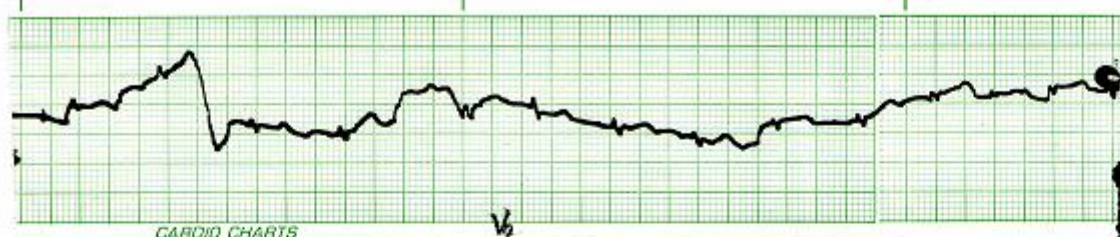
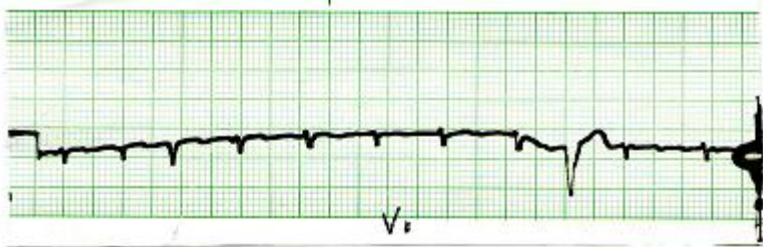
Martin Ibarrola

FEMMINA
54 ANNI

30/03/10



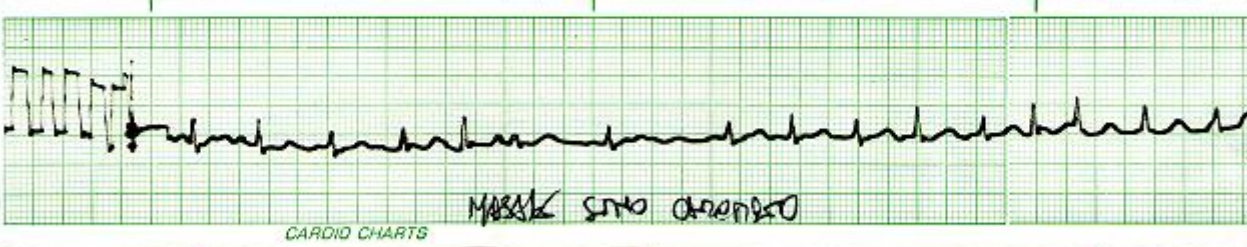
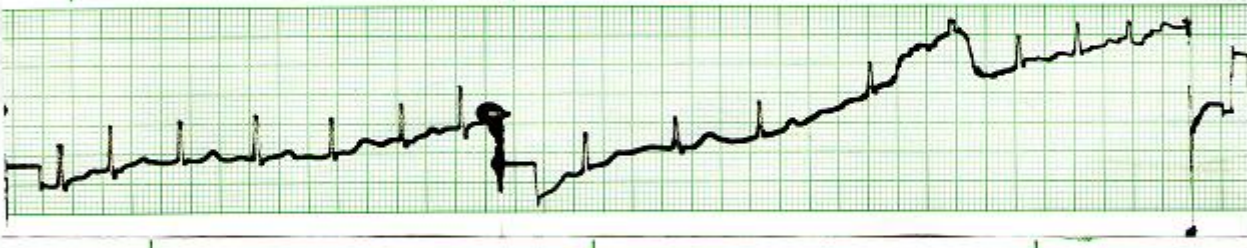
CARDIO CHARTS V1



CARDIO CHARTS V5



V3 V6 CARDIO CHARTS



CARDIO CHARTS MASSE SITO ANTERO



MASSE SITO ANTERO



MASSE SE

OPINIONES DE COLEGAS

Hola Martin, felices pascuas,

¿Cual es tu diagnóstico de la arritmia en cuestión y qué conducta sugerirías vos,? viene con muchos años de taquiarritmia y hay que darle una solución

¿Esta arritmia se comporta en forma paroxística? ahora ha sido registrada o ¿presentaba ECG/Holter con algún tipo de arritmia? ¿tiene perfil tiroideo?,

¿Voy preparando los catéteres ????

Saludos

Francisco Femenia

¡Muy felices Pascuas querido Francisco!

La conducta ya la tomé, veremos en qué derivan las apreciaciones de los foristas y lo comento. Me gustaría conocer la opinión de los integrantes del foro del diagnóstico. Así como apreciaría de verdad mucho la suya.

Hace más de 4 años que refiere palpitaciones rápidas, acompañada de mareos de minutos de duración.

Por dicho motivo como relaté, consultó hace dos años, no tengo el ECG, sin arritmias en el Holter, ecocardiograma sin alteraciones, laboratorio y perfil tiroideo normal. No consume medicamentos ni drogas que me haya relatado.

Y no prepare los catéteres, por ahora solo cuchillo y tenedor y disfrute de una rica cena de Pascuas junto a su familia.

Un abrazo estimado Dr Francisco

Martin Ibarrola

FA paroxística, viene de alguna vena pulmonar, potencialmente superior derecha, por momentos se organiza; por lo que decís del eco normal asumo que la aurícula izquierda es de tamaño normal, opciones: la antiagregaría o anticoagularía de acuerdo al chads2 que tenga; vos me dir-as y le podés ofrecer como tratamiento: farmacológico (ojo con drogas IC, muchas de estas FA también tienen flutter auricular) o invasivo,

Yo intentaría ablación por radiofrecuencia de venas pulmonares e istmo cavotricuspideo (de rutina) y buscaría también actividad eléctrica en vena cava superior, si hay, también aplico.

En caso de ir a la ablación, de rutina anticoagulamos al paciente un mes antes y ETE antes de punzar. Elevado éxito con la ablación (superior al 80%), este es el mejor grupo, con baja posibilidad de complicaciones.

Saludos

Francisco Femenia

Estimado Dr Femenia: concuerdo: se trata de una FA paroxística. Ud refiere que el origen de la misma se encuentra en las venas pulmonares (acabo de leer un artículo espectacular suyo acerca de estas y la ablación con radiofrecuencia, obviamente ha ido a para a la colección).

El motivo por el cual lo presenté es que me llamó la atención la configuración de los complejos QRS variables que interpreté por la presencia de latidos de fusión y presencia de intervalos RR muy cortos, y con el masaje del seno carotídeo logré cortar la FA, no reducir su respuesta como esperaría en una FA originada en las venas pulmonares y se reinicia exactamente igual con un latido precoz de similar morfología en el DII con masaje (y en ese no observo el latido auricular prematuro, el cual puede no observarse reconozco, que desencadene la FA) y la ligadura con el latido precedente es exactamente igual. Aquellos pacientes que presentan haces ocultos (sin capacidad manifiesta de conducción anterógrada) no tienen riesgo de desarrollar FA preexcitadas, pero si TPSV ortodrómicas o FA sin preexcitación.

Mi impresión diagnóstica era la de una FA paroxística desencadenada por un reentrada por haz anómalo oculto, por lo que expresé anteriormente.

La paciente fue tratada con amiodarona revertiendo a ritmo sinusal (envío ecg).



Un abrazo

Martin Ibarrola

Amigo Francisco

por favor acláreme lo siguiente:

1. ¿Por qué cree Ud que viene de la Superior Derecha? explique los datos ECG que le sugieren este origen.
2. ¿qué quiere decir y qué significa que la FA se "organizó"?
3. ¿Que CHADS2 le indica a Ud antiagregar o anticoagular? El JAMA 2001 o el JAMA 2010?
4. ¿Por qué ablación del istmo de rutina? ¿Quiénes sugieren que hacerlo aumenta la efectividad? ¿Quiénes se oponen?
5. Siempre hay actividad eléctrica en la VCS. Porque las fibras auriculares se entremezclan en la union con la AD. ¿Siempre aplica? ¿Aplica o desconecta? ¿Cómo valora la desconexión de la VCS?
6. ¿Quién tiene >80% de éxito? ¿Qué quiere decir éxito? ¿Que las desconectó en agudo? ¿Cuántas de las venas se reconectaron generando más FA?
Nuestro éxito en Queen's es 65-70% para primer ablación en Paroxística y se incrementa a 75-80% luego de un segundo intento. Somos centro de alto volumen (vamos a 4 FA por semana), estamos entrenados, pero no somos ni Pappone ni Haisaguerre ni Natale. ¡Ojo al piojo!

Este y otros temas, Ud podrá encontrarlos en el Simposio Internacional a organizarse en Agosto en Mendoza!

Promete estar bueno,

Adrián Baranchuk

Querido amigo Dr Martin Ibarrola me parece que voy a meter yo también un poco la pata en este caso.

Parecería un flutter con conducción 2/1 y a veces conducción variable

En el trazado de irritación vagal se suspende la arritmia y aparecen 2 latidos, sospechoso de ser sinusales con una frecuencia de 100 lpm

¿Qué le hace pensar este trazado? Que existe una oleada de adrenalina que irrita los receptores beta 1. En la irritación vagal aparecen 2 latidos ventriculares (aparentemente) de alta frecuencia.

¿Por qué esta oleada de adrenalina? o por hipertiroidismo, o un raro feocromocitoma o si tiene dolores de vientre puede ser carcinoide.

Para estar tranquilo que no se equivocó este caso aconsejaría un ultrasound de vientre ,y estudio de tiroides

Despues de esto ir a la electro invasiva, seguro que Ud ya lo hizo querido Martin

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Maestro Samuel:

Ya le había realizado perfil tiroideo hace 2 años, no ha regresado aún. La estudiaré en ese sentido nuevamente, por el comportamiento de la paciente la descarga adrenérgica aumentada proviene de su propia personalidad, a mi juicio. No puedo testear drogas y si la paciente no me relata su consumo no puedo investigarlas.

Ese fenómeno que Ud menciona es lo que el Dr Femenia quedó en explicar, que es cuando la FA se organiza como refirió, que se organiza se refería a que el impulso eléctrico auricular pasa de aurícula a aurícula a travez de haces que las comunican (un circuito de macroreentrada) o que gira en círculos por la aurícula derecha dando lugar a la regularidad entre los latidos, no encontré manera de poder descartarlo o confirmarlo con el ECG de superficie, si lo mencionan este fenómeno en correlación con el estudio electrofisiológico. A esto es lo que tenía que responder el estimado Femenia.

Cuando aparezca le completaré con los estudios, gracias por la preocupación.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Querido Martin

La fisiopatología NO es ni DEBE ser especulativa.

Su explicación de las conexiones interauriculares es ERRÖNEA y carece de total fundamento fisiopatológico (y NO es lo que Femenia refirió).

Le sugiero leer un resumen del genial Pepe Jalife, publicado en RIA. Se baja gratis de www.ria-online.com

Saludos

Adrián Baranchuk

Estimado Dr Adrian: estoy leyendo el artículo que me refirió, muy bueno y claro. No es excusa para mi explicación si resultó errönea, pero no dí con el artículo de la revista RIA, dí con otros a algunos pude acceder y otros no. Encontré éste que tal vez no sea preciso yo en mi explicación. Mi búsqueda tal vez me llevó al artículo errado. Copio parte del mismo así comprende mi error.

No entiendo porqué se refiere a que la fisiopatología no debe ser especulativa? si se refiere a mi comentario de la personalidad de la paciente o consumo de sustancias? obviamente no tengo manera de demostrar que eso es así, puedo descartarle actividad tiroidea aumentada, o catecolaminérgica en el lab, eso lo sé. Fue un comentario simplemente no una teoría, es una mujer postmenopáusica, y justamente sus síntomas comienzan y empeoran a medida que entró en la misma. Podría escular que tal vez el cambio hormonal favoreció la aparición y exacerbación de su arritmia, tampoco puedo demostrar que ésta sea la causal.

Lo cual me lleva al principio volveré a descartar trastornos tiroideos y estados de catecolaminas aumentados como me sugirió el Dr Samuel, eso si puedo realizar, no esperarí sean positivos, pero me parece correcto medicamente y fisiopatológicamente hablando descartar estos.

Luego si son negativos, la derivaré a evaluación por electrofisiología para intentar la ablación, y no ablaciono todas las FA pero esta en particular sí, el procedimiento en un margen hasta del 80% resulta curativo en electrofisiologistas entrenados.

Le mando un abrazo

Martin Ibarrola

Diferenciación entre aleteo y fibrilación auricular en los electrogramas bipolares de aurícula derecha

Fibrilación auricular organizada en la aurícula derecha

En el momento actual no hay una definición de FA simple y aplicable tanto al electrocardiograma como a los registros electrofisiológicos. Se ha descrito que la FA y el AA son dos arritmias que están interrelacionadas y que, por distintos mecanismos, una participa en la génesis de la otra, y viceversa⁵. Sin embargo, ambas arritmias pueden coexistir en un mismo paciente haciendo difícil su diagnóstico diferencial, especialmente cuando se trata de un AA atípico o una FA organizada. Este tipo de FA se caracteriza por presentar un patrón de activación endocárdico desorganizado en la aurícula izquierda y organizado en aurícula derecha, tal como han descrito algunos autores y como hemos ilustrado en nuestro trabajo⁶⁻⁹. Roithinger et al⁹, en una serie de 16 pacientes con FA en los que realizó un mapeo endocárdico de diferentes sitios de aurícula derecha y seno coronario en un lapso de 50 min, observaron que hasta en el 72% de este tiempo había una activación organizada de la zona trabeculada de aurícula derecha, en contraste con sólo el 19% del tiempo en la zona lisa de esta cavidad y el 51% del tiempo en el seno coronario. Sin embargo, esto no ha sido estudiado sistemáticamente en la población de pacientes con FA, por lo que no se conocen su prevalencia, su significado clínico y sus implicaciones terapéuticas, y no hay una clara explicación de su mecanismo. Una posible hipótesis que explica este patrón eléctrico en algunos pacientes es que el circuito primario causante del sostenimiento de la FA se encuentra en la aurícula izquierda, y la aurícula derecha es activada de manera pasiva. En este sentido, se ha estudiado la conducción interauricular y se ha demostrado que ambas aurículas se comunican entre sí por medio de rutas preferenciales de conducción ubicadas en torno al ostium del seno coronario, la fosa oval y la región anterosuperior del septo interauricular¹⁰. Probablemente, de forma similar a lo que ocurre en la génesis del AA, este patrón eléctrico en la aurícula derecha observado durante la FA se produce debido a la presencia de un bloqueo funcional a través de la cresta terminal, de tal manera que la conducción fibrilatoria proveniente de aurícula izquierda, modulada de alguna forma a través de las ramas del haz de Bachmann y el resto de fibras preferenciales, se organiza y muestra un patrón de activación organizado en sentido craneocaudal en la pared lateral y caudocraneal en la pared septal de la aurícula derecha, o viceversa, simulando la secuencia de activación de un AA dependiente del istmo¹¹. Esta modulación de la conducción entre aurícula izquierda y derecha ha sido estudiada, de alguna manera, por O'Donnell et al¹². Estos autores

analizaron los períodos refractarios y los tiempos de conducción del haz de Bachmann y de la región del ostium del seno coronario en pacientes referidos para ablación de FA, y observaron que tanto los períodos refractarios como el retraso en la conducción a través de estas estructuras durante la estimulación decremental desde aurícula izquierda eran significativamente mayores en pacientes con FA comparados con un grupo control, lo que indica que estas estructuras poseen un comportamiento electrofisiológico distinto en cada paciente¹

Mail largo. No lo leo.

Me refiero a tu comentario de FA yendo de AD a AI.

Adrián Baranchuk

