

# **Paciente de 85 años en quién se discute si implantar marcapasos bicameral – 2015**

Dr. Jorge Ruiz Alais

Apreciados amigos: se trata de un paciente de 85 años quien se queja de arritmias cardíacas.

Un Holter reveló bradicardia y extrasístoles frecuentes, asimismo breves períodos de taquicardia supraventricular.

Un ecocardiograma tomado hace 6 meses reveló moderada esclerosis de válvula mitral y aorta inicial, la capacidad de ambos ventrículos es satisfactoria. Fue revisado por un cardiólogo quien sugirió el implante de un marcapasos bicameral.

Yo, como médico tratante deseo saber si se justifica el implante de este dispositivo intracavitario y/o basta simplemente con uno subcutáneo.

¿Sería necesario el uso de antiarrítmicos y qué clase de ellos? Como datos complementarios el paciente se queja muy esporádicamente de mareos, pero nunca ha tenido pérdidas de conocimiento, ni caídas al suelo.

Su T-A. Siempre ha sido normal, lo único es que refiere que en la actualidad desde hace unos 5 meses no puede caminar a paso rápido porque siente fatiga con aparición de taquicardia hasta 120/ min. Y tiene que descansar para continuar la marcha.

Agradeceré muchísimo el comentario y la conducta a seguir, especialmente si es absolutamente necesario el implante del marcapasos, sus efectos y si es común complicaciones de tipo infeccioso, cuidados especiales, etc.

Afectuosamente:

Jorge Ruiz Alais

---

## OPINIONES DE COLEGAS

El caso del Dr Ruiz como principio, yo a un paciente de 85 años que no tiene síncope o insuficiencia cardíaca avanzada y camina perfectamente, y tiene una vida activa, no le pongo nada

Porque a esta edad el Corazón tiene menos exigencias energéticas y también menos defensas para infecciones de elementos externos. Es cambiar enfermedad por otra enfermedad.

Controle a este paciente muy de cerca y trate de no darle medicamentos de ninguna clase, porque los efectos secundarios a esta edad son muy complicados.

Un fraternal abrazo

Samuel sclarovsky

---

Querido Jorge:

Para poder opinar sobre una decisión tan trascendente, cual sería el implante o no de una MP bicameral, sería necesario que enviés los trazados del ECG del paciente, así como segmentos significativos del Holter.

Por la breve descripción clínica que haces, me surge la pregunta si se está frente a una enfermedad del nódulo sinusal (síndrome bradi-taqui). Sería bueno una descripción más precisa del síntoma "fatiga", para tratar de aclarar si se trata o no de disnea de esfuerzo o si se trata de un equivalente anginoso al caminar y cede al detenerse, etc. Me gustaría ver en el Doppler si hay o no disfunción diastólica que explique ese síntoma en presencia de una aparente función sistólica normal.

Espero tu respuesta.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Mi saludo para todos los colegas, concuerdo con la opinión del Dr. Sclarovsky.  
Acudir a la estimulación cardíaca en un anciano de 85 años en el cual no se ha documentado la presencia de un trastorno de la conducción aurículo-ventricular y que no presenta síncope, puede ser contraproducente y ocasionar más daños secundarios que efectos beneficiosos.

Tiene por la clinica un Síndrome Bradicardia-Taquicardia y sería útil ver un trazado de su Holter, le indicaría también un perfil tiroideo.

Se que los tiempos cambian y cada vez acostumbramos a ser más invasivos, pero sigo una máxima aprendida de mis Profesores en la Habana, Dr. Dorticos y Dra. Dorantes, ser tan agresivos con la arritmia como la arritmia lo sea con el paciente.

Un abrazo desde la Amazonia Venezolana.

Dr. Arnaldo Rodriguez.

---

Hola a todos los colegas del Forum coincido plenamente con los profesores Sclarovsky y Arnaldo Rodriguez, este último fue mi profesor en la residencia de cardiología y es mi gran amigo en lo personal, haría lo mismo que él recomienda un Holter y lo seguiría de cerca

Un abrazo a todos los colegas y profesores del forum desde Cuba

Yamir Monzón

---

Yo concuerdo con lo que expone Edgardo de tratar de hacer diagnóstico y saber qué le pasa al paciente. Ver en primera instancia lo que muestra el ECG y el Holter, porque seguir realizando Holter a un paciente sin analizarlo para mí no tiene mucho sentido. Los síntomas que manifiesta el enfermo se acompaña de taquicardia. Me gustaría ver los trazados y la cantidad total de latidos en 24 hs y qué tipo de arritmias aparecen.

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Jajaja oye hermano tú si que eres un amigo!!! Mira que hacer ese comentario entre esos monstruos, gracias hermano.

De veras no entiendo por que nuestras tropas de Electrofisiología de la Habana no participan en ese foro, te cuento que hasta por twitter estamos presentando casos.

Un abrazo hermanazo, esa etapa nuestra de tantos años cerca de Carlos y Jose A es la mejor escuela a la que hayamos asistido, considero un enorme privilegio haber compartido el mismo espacio de las consultas los lunes con él durante casi diez años y ver como enfocaba cada caso, eso no nos lo quita nadie Yamir.

Un abrazo y palante que tú tienes para el II Grado y más!!!

Arnaldo Rodríguez

---

Querida Isabel parecería que el paciente del Dr Ruiz sufre de un síndrome de bradicardia –taquicardia, que generalmente se presenta en una aurícula fibrótica.

Hay que tener mucho cuidado con el tratamiento, dado que deprimiendo la taquicardia se agrava la bradicardia, y si se trata la bradicardia puede aumentar la taquicardia

Pero como UD, querida amiga dice, hay que ver los electros y los Holters para discutir este caso

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

---

Muy apreciado y querido profesor Edgardo: Ud., como siempre haciendo gala de su gran nobleza y demostración de humanismo con el dolor humano, completo algunos detalles acerca de la consulta del paciente candidato al marcapaso bicavitario.

Hace 6 meses se le practicó un ecocardiograma que arrojó hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con moderada disfunción diastólica por alteración en la relajación, insuficiencia aórtica de grado leve y esclerosis leve de la válvula, una prueba de esfuerzo fue negativa para lesión coronaria, un Holter tomado hace 20 días reporta bloqueo AV de 1er grado algunas crisis de cortos períodos de taquicardia ventricular, asimismo algunos episodios de bigeminismo y hasta trigeminismo, extrasístoles ventriculares frecuentes, no fenómenos de R en T, ni alteraciones del segmento ST, ni de la onda T. El paciente refiere en algunas ocasiones crisis de mareos, no pérdidas de conocimiento, etc. No puedo enviar los ECG, ni los otros comprobantes por pérdida de los mismos. Ahora si deseo con estos datos, si es conveniente la implantación del marcapaso bicavitario.

Afectuosamente:

Jorge Ruiz Alais M.D

Estimado amigo Jorge, he leído atentamente su segundo resumen de caso y no modifíco mi opinión inicial sobre la no conveniencia en este anciano de implantarle un marcapaso bicameral.

Los hallazgos en el ecocardiograma uniendo sus dos reportes, son compatibles con una Insuficiencia Aórtica Leve e imaginamos que la contractilidad global esté conservada.

En la práctica observamos como a medida que aumenta la calcificación y esclerosis del anillo valvular aórtico es que existe más deterioro de la conducción aurículo-ventricular debido a que este ominoso proceso el cual nos puede afectar con el envejecimiento, gravita desfavorablemente sobre el Sistema Excito-Conductor. En el caso que Ud gentilmente nos muestra, la esclerosis descrita del aparato valvular aórtico es leve por lo que asumimos presenta un SEC apenas afectado.

Como Ud no ha podido mostrarnos los ECG me apoyo en este dato de sus dos resúmenes para sostener la tesis de no implantarle un marcapaso a este anciano de 85 años, además de que no presenta síncope a la clínica.

La presencia de un PR largo en el ECG, así como los extrasístoles descritos en el Holter tampoco avalan la posibilidad de estimulación cardíaca y la presencia de mareos bien puede obedecer a esta edad a otras enfermedades como artrosis de la columna cervical u otoesclerosis.

Curiosamente son los mareos o vértigos uno de los síntomas que más aquejan los pacientes referidos a nuestra consulta, sobre todo los ancianos y las mujeres.

Sin dudas como ya aclaraba el Dr. Sclarovsky en su comentario, será necesario observar la evolución de este paciente.

Un abrazo afectuoso desde la Amazonia Venezolana.

Arnaldo Rodríguez

---

Querido Jorge:

Gracias por tus palabras, aunque no se si vas a continuar sosteniéndolas luego de mi respuesta.

Comprendo tu ansiedad de médico de cabecera no cardiólogo en relación al paciente y a la indicación que le han hecho; tu pretensión fundada es que un especialista pueda responder SÍ o NO con los datos que comentas.

Pero lamentablemente no es así. Continúa siendo prioritario **poder visualizar los trazados** para tener un diagnóstico, que no surge de lo dicho.

Tratando de avanzar un poco en tu SOS, -suponiendo que efectivamente el paciente presenta una enfermedad del nódulo sinusal- transcribo las indicaciones de estimulación en esta circunstancia según el Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología para Marcapasos y Resincronizadores de 2009

## **ENFERMEDAD DEL NÓDULO SINUSAL**

### **Indicaciones de estimulación cardíaca definitiva en la enfermedad del nódulo sinusal**

#### *Clase I*

1. Disfunción sinusal sintomática, con vinculación documentada entre los síntomas y la bradiarritmia, como bradicardia sinusal grave (< 40 lpm), o pausas sinusales. (Nivel de evidencia C).
2. Bradicardia sinusal sintomática o pausas sinusales secundarias a tratamiento farmacológico esencial para el paciente y de largo tratamiento sin otras terapias alternativas posibles. (Nivel de evidencia C).
3. Insuficiencia cronotrópica sintomática. (Nivel de evidencia C).

#### *Clase IIa*

1. Bradicardia sinusal espontánea o secundaria a tratamiento farmacológico esencial para el paciente, en las cuales no se pudo demostrar la vinculación entre síntomas y bradiarritmias. (Nivel de evidencia C).
2. Síncope de origen desconocido con anomalías significativas en la función sinusal encontradas en una exploración electrofisiológica, como el síndrome de taquicardia-bradicardia. (Nivel de evidencia C).

#### *Clase IIb*

1. Pacientes poco sintomáticos con frecuencias permanentes de < 40 lpm aun en la etapa diurna. (Nivel de evidencia C).

#### *Clase III*

1. Enfermedad del nódulo sinusal asintomática, aun en aquellos con < 40 lpm, en forma espontánea o inducida por drogas depresoras del automatismo sinusal. (Nivel de evidencia C).
2. Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal y síntomas (síncopes, presíncopes, mareos) donde se ha documentado adecuadamente otra causa ajena a la bradicardia como origen de los síntomas. (Nivel de evidencia C).
3. Enfermedad del nódulo sinusal sintomática inducida o agravada por fármacos que pueden ser prescindibles. (Nivel de evidencia C).

Es difícil hallar en este listado de indicaciones, en qué categoría entraría el paciente

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Apreciado Dr. Edgardo: como siempre agradezco sus sabios y científicos consejos que me ha enviado acerca del paciente que tengo en mención, pero lo que me hiere en mi propio miocardio es la introducción que me hace diciendo que de pronto no vuelva a pronunciar esas sinceras palabras de afecto hacia Ud., Pero suponiendo que fueran conceptos contradictorios a una conducta como la que me envía, eso no sería motivo de pérdida de afecto y admiración de sus sabios conceptos, por el contrario a veces las equivocaciones son la base de nuevas y mejores conductas en beneficio de nuestros pacientes. Con todo afecto, cariño y seguridad acepto sus sabias opiniones. Lo último que agrego acerca de este paciente es que precisamente hoy me informo la preocupación de que cuando tiene que tomar una larga espera en posición de pies para pagar una cuenta en el banco y/ o en otra actividad, comienza a presentar al cabo de unos 10 a 15 minutos un sensación de mareo por lo cual tiene que retirarse y sentarse y volver a empezar. ¿Podría tener alguna importancia esta molestia?  
Afectuosamente como siempre

JORGE RUIZ ALAIS M.D.

---

Querido Jorge:

Lamento que te hayas sentido herido pero lejos estuvo mi intención de hacerlo. Sólo comenté que mi aporte no respondía directamente a tu requerimiento de si era o no conveniente el implante de un MP bicameral a tu paciente.

Agrego ahora que el nuevo síntoma de mareos en posición de pie no parece estar relacionado con el síndrome bradi-taqui que imaginamos padece (sin tener certezas de que así sea) y parece ser debido a una hipotensión postural

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

