

Mujer de 51 años hipertensa con palpitaciones y mareos – 2010

Dr. Arnaldo Escobar Rojas

Estimados colegas: solicito me orienten en el siguiente caso:

Se trata de una mujer de 51 años, docente, antecedentes de HTA hace 5 años en tratamiento con enalapril 10 mg/día, consulta por palpitaciones y "sensación de baido", trae un Holter realizado en Agosto del 2008, que informa: bigemia ventricular, EV frecuentes, y duplas, no informan TVNS. Le solicito Eco, que informa: Leve HVI concéntrica y aurícula Izquierda leve dilatación, FSVI y Diastólica Conservada. PEG: Sin ángor ni cambios en el ST patológicos, sin embargo, me informan que las EV desaparecen con el ejercicio.

Laboratorio: normal, incluyendo K, Mg, Na, Cl y pruebas tiroideas.

Me surgen varias preguntas, da toda la impresión que se trata de un caso de arritmia ventricular en un corazón "sano", ¿si el miocardio está sano, porqué tanta carga arrítmica?, ¿la HVI leve justificaría este caso? ¿habrá algo más en este miocardio que no estoy viendo? ¿será necesario ser más incisivo en la búsqueda etiológica? ¿beta bloqueantes o amiodarona? ¿será necesario hablarle de riesgo a la paciente?, ¿sería prudente enviarla a un EF o arritmólogo?

Por favor les pido su opinión y si me envían citas bibliográficas sobre el tema, les estaré agradecido.

Atte,

Dr Arnaldo Escobar Rojas.

OPINIONES DE COLEGAS

Querido Arnaldo:

¿Por qué consideras sano a un corazón que presenta "leve HVI concéntrica y AI con leve dilatación"?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Dr Rojas.

Gracias por su caso y felicitaciones por una presentación suscita y completa.

Su paciente es mujer hipertensa, sin isquemia, con ligera HVI y arritmia ventricular aislada. Está muy sintomática por palpitaciones y bahido (generalmente causado por pausas post-extrasistólicas).

La recomendación es tratamiento con Beta bloqueantes SOLO con la finalidad de tratar el síntoma (no para reducir el riesgo, ya que el riesgo de evento arrítmico mayor en su paciente es muy bajo).

Los estudios a leer para analizar el rol del tratamiento antiarrítmico serían: para Amiodarona (EMIAT/CAMIAT/GESICA/GEFACA), para BB hay cientos, y es probable que su paciente no se encuadre (dado el bajo riesgo) en ninguno de los grandes trials, pero léase el BHAT en post infarto crónico.

Bajo ningún punto de vista está indicada la Amiodarona.

Puede también leer el consenso de la SAC en tratamiento de arritmias ventriculares donde encontrará un capítulo dedicado a las extrasístoles ventriculares.

Estimado Profesor Edgardo

Su pregunta retórica conlleva más una idea semántica que práctica. Creo que lo que Rojas dice es: función ventricular normal y sin isquemia. En el mundo de las arritmias, vulgarmente llamado corazón sano.

Ahora, semántica y fisiológicamente hablando, Ud lleva razón, pero también la llevaba la liebre, aunque perdió la carrera.

Lo saludo muy cordialmente

Adrián Baranchuk

Coincido con Edgar, ese corazón no está sano, no se si está muy enfermo, pero sano seguro que no, remodeló sin dudas por la HTA de la paciente.

Sería muy bueno que puedas mandar un ECG para ver la morfología de la EV y tener más datos.

Palpitaciones y "presíncope" es para estudiar, no necesariamente los síntomas serán por arritmia ventricular (generalmente en estos casos si no hay arritmias sostenidas ventriculares, la sintomatología se refiere especialmente a la sensación que puede producir la pausa post extrasistólica), también habría que pensar en Fibrilación Auricular paroxística, sería muy bueno si podés mandar un ECG o el Holter,

Saludos

Francisco Femenia

Querido Adrián:

¡Está muy bien que no me tutees!

Es un reconocimiento a las personas mayores!!!

¡Pero vos me querés meter gato por liebre, haciendo un sinuoso laberinto que nada menos apela a la retórica!

El "mundo de las arritmias" es un pequeño caserío en el mundo de su Señoría, El Corazón.

Y aquí, con toda modestia los que nos dedicamos por años a estudiar la Enfermedad de Chagas, hemos aprendido de la antes llamada "fase indeterminada", "con corazón sano, estructuralmente normal" que todo depende del lente con el que mires el fenómeno.

Y la mera "leve HVI" vista con el Eco 2 D, y la leve dilatación de la AI son evidencias de cardiopatía hipertensiva, factor de riesgo independiente. Además, el Eco tiene muy baja sensibilidad para poder calcular la masa ventricular. La RNM hoy brinda información más precisa. Asimismo, suele acompañarse de trastornos neuroendócrinos y de disfunción endotelial, con la consiguiente isquemia, disautonomía con predominio de actividad adrenérgica

Esto es, que aunque sea "un poquitito" tiene remodelamiento, hay aumento de la masa de los miocitos, y podemos seguir imaginando la liebre para que no nos comamos un gato.

Afectuosamente

Edgardo Schapachnik

Querido Maestro

El respeto y admiración que siento por Ud, no puede traducirse en palabras, motes o títulos.

El respeto se siente en silencio y soledad.

Eso es lo que Ud inspira en mi.

Ademas, su pasión por el Chagas lo posiciona entre notables investigadores que dedicaron su vida a tan noble e intrincada causa.

Todo lo que Ud dice es cierto. Pero por ahora, en el mundillo, redondillo, minusválido de los trastornos eléctricos, la macrospica, ineficiente y avasalladora fracción de eyección y su prima-hermana, la clase funcional, es lo que ha dividido las aguas en términos de corazones enfermos y sanos. Esto no quiere decir que nosotros, los tuertos electrofisiólogos, no nos demos cuenta que un corazón con Brugada, esté enfermo. Sin embargo nos empecinamos en llamarlo corazón sano. No se ría Ud. La mitad menos uno del país, llama Burrito, a un genio como Ariel Ortega.

¿Quién se ha tomado todo el vino? Cantaba la Mona desde el parlante. ¿Y? ¿Acaso la Mona no es considerado por los grandes intelectuales de la Nación como un referente cultural de las masas?

Tengo mas contradicciones que me gustara debatir con Ud, empanadas (de verdurita para Ud) y Malbec mediante, en el Simposio Mendocinmo del chamigo Femenia.

SAlud

Adrián Baranchuk

Jamás debemos considerar como sano una cardiopatía hipertensiva ya con lesión de órgano alvo como en este caso.

Este paciente tiene aumento de AI > VI hipertrófico!!. Esta condición predispone a la aparición de Fibrilación auricular y arritmias ventriculares, como consecuencia de micro-reentrada por fibrosis, lesión o isquemia. claramente esta en fase inicial de remodelamiento.

La hipertensión arterial, de manera silenciosa, produce cambios hemodinámicos, macro y microvasculares, causados a su vez por disfunción del mismo endotelio vascular y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, responsables de mantener el tono vascular periférico.

Estos cambios, que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión, producen lesiones orgánicas específicas, algunas de ellas definidas clínicamente.

Hipertrofia ventricular izquierda: en inicio hay engrosamiento parietal sin incremento de la masa ventricular total (remodelado concéntrico); luego se desarrolla franca hipertrofia concéntrica, que podría llegar a fase dilatada (hipertrofia excéntrica). Fibrosis miocárdica (perdida de la relación miocítica/no miocítica), como parte del proceso de hipertrofia, con deterioro de la distensibilidad parietal y de las propiedades viscoelásticas (lusinotrópico) del miocardio contráctil. Isquemia microvascular coronaria, principalmente por rarefacción de la red capilar y disfunción endotelial de los vasos remanentes.

Sin contar con la puesta en marcha de mecanismos neurohumorales de peptidos arritmogénicos. Disfunción diastólica ventricular izquierda, a consecuencia de isquemia, hipertrofia y fibrosis ventricular, que conducen a anomalías regionales y globales de la relajación y, en fases más avanzadas, de la distensibilidad. Disfunción sistólica ventricular izquierda, con caída de la fracción de eyección ventricular izquierda. Insuficiencia cardíaca congestiva global; como consecuencia de la falla ventricular izquierda hay además compromiso secundario del hemicardio derecho, con dilatación de cámaras e hipertensión arterial pulmonar secundaria.

En mi experiencia una mujer con hipertrofia ventricular jamás debería ser tratada con apenas 10mg por día de enalapril. Esta droga debe darse a cada 12h pues su vida media es de 11h. y tengo certeza absoluta que no está bien controlada.

Lo desafío a que pida un MAPA 24h con esos 10 mg /día de enalapril y tengo certeza absoluta que mostrará una curva antihipertensiva,

Esta mujer tiene que tratar adecuadamente la hipertensión tener certeza que esta absolutamente controlada a todo momento.

Cuando esto ocurra verá que la arritmia desaparece como por encanto. Le recomiendo que asocie una pitadina de tiazídico y le de 2 x día de enalapril no mínimo. 45% de las mujeres hipertensas son volumen dependientes y no responden adecuadamente al enalaprilato o cualquier droga no diurética.

Mejore el tratamiento de la hipertensión y después conversamos

¿Es obesa? ¿Tiene otros factores?

Andrés R. Pérez Riera

Queridos cardiólogos amigos

El Dr hizo una pregunta puntual, y Ud lo bombardean con una serie muy interesante de argumentos teóricos.

Él pregunto, ¿le doy BB, le doy amiodarona, tengo que hacer más estudios?

Me parece bien usar el libro, pero no lo divorcien de la práctica clínica, den teoría, pero den consejos.

El pragmatismo también sirve, sobre todo cuando un colega pide ayuda.

Ni siquiera números dió el amigo.

Solo dijo HVI leve, dilatación de AI leve, hace 5 años la tiene con la misma medicacion, la sigue insistentemente con estudios. ¿Qué les hace pensar que la TA no va a estar controlada?

Me encanta la pasión, pero...el colega no sabe si hablarle de riesgo a la paciente: ojo profesores, que con tantos "desafíos" como los llama mi amigo y mentor Andrés, lo podemos tentar al colega a orientarse en la búsqueda desmedida de causas de estas arritmias: que le va a hacer: MAPA, RNM, Angio, ¿qué más...?

Me parece excelente que la TA este bien controlada, y posiblemente no necesite nada más.

Su paciente, amigo Rojas, no plantea un problema muy complicado. control de presión, tratamiento sintomático de las palpitaciones. Listo.

Guarde las armas para cuando venga un caso complejo.

SALUD

Adrián Baranchuk

O que me faz pensar que essa PA não esta bem controlada é o fato de ter aumento de AE pelo eco. Para que uma hipertensão sem insuficiência mitral chegue a dar > de átrio esquerdo, tem que passar um tempo longo ou ser muito mal controlada. Leve aumento de AE assinala prolongada hipertensão não controlada.

Tenho muita experiência em hipertensão, faz 30 anos que atendo, em média, 20 hipertensos diariamente e até há 10 anos atrás, escrevi um livro sobre hipertensão¹.

Enalapril 10mg x dia isoladamente, não controla talvez 95% dos hipertensos principalmente mulheres, as quais na sua grande maioria, necessitam associação de tiazidico por serem volume-dependentes.

A pergunta pontual do colega não tem resposta como ele questiona. Ele deve tratar a causa, que em nosso critério é o inadequado manuseio da hipertensão.

Referência:

1. PEREZ RIERA, AR

Hipertensao Arterial - Conceitos Praticos e Terapêuticos. São Paulo : Atheneu, 2000, v.1. p.462.

Andrés R. Pérez Riera

Querido Adrián:

¡Muchas gracias por tus consideraciones hacia mí, que exceden largamente la realidad!

Quiero decirte, por si no lo sabés, que a Ariel Ortega la sabiduría popular le ha puesto el mote de "Burrito", por lo que se comenta del tamaño, no precisamente de su inteligencia. ¿Comprendés, no?

Por lo tanto ha hecho méritos (tan siquiera fenotípicos) para recibir tal apodo.

No es válido entonces el ejemplo de aplicar el "mote" de "corazón sano" a una Enfermedad, -mejor que síndrome- de Brugada (como hemos preferido denominarla con Andrés, allá por 2002), capaz de matar súbitamente a una familia entera de jóvenes miembros.

Si aún así lo consideran al corazón del Brugada (y no entremos en las consideraciones del grupo italiano que discute aún si el Brugada es una forma de displasia) creo que la grey de electrofisiólogos debieran revisar su criterio.

En este caso, como lo explicara Andrés, hay más que suficiente sustrato arritmogénico que hace pensar en un cardiopatía hipertensiva no adecuadamente controlada. Además del MAPA, para ver el comportamiento de la TA diurna y nocturna, sería bueno contar con el resultado del Fondo de Ojo, si bien Arnaldo afirma que el laboratorio es normal saber si tiene o no microalbuminuria, su índice de masa corporal, su lipidograma, etc.

Personalmente, me parece adecuada la indicación de aumentar las dosis de enalapril, incluso asociado a diuréticos y no descartaría la indicación de beta bloqueantes

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Profesores - amigos

Esto se lo dice un discípulo y amigo:

Adolf Hitler tenía mucha experiencia en lo que hacía, y además escribió un libro. ¿Tenía razón por eso?

Leo la frase anterior que he escrito y es verdaderamente asquerosa. Decido dejarla porque a pesar de ser una porquería, va al punto.

Se ha planteado una paciente puntual, si bien no con todos los datos, con muchísimos datos, nuestra práctica diaria se ve llena de casos como éste, donde con pocos datos hay que tomar decisiones.

Yo he dicho: esta paciente es sencilla: control de TA, y agregar BB para tratamiento sintomático.

¿Podrían Ud, Profesor Riera y Ud Profesor Schapachnik, explicar al foro, en pocas palabras, que harían con esta paciente?

Un abrazo y gracias.

Adrián Baranchuk

Querido Adrian:

Adolf Hitler sostenía que la vaca da la leche (de vaca).

¿Qué pensás vos? ¡Ojo con la respuesta que alguien podría decir que sos nazi!

Yendo al punto, creo que en el mensaje anterior mío sobre este caso, planteé que estudiaría con MAPA si hay adecuado control diurno de la TA y si hay caída de la TA nocturna.

Le haría un F de ojo y dosaría microalbuminuria.

Respecto al tratamiento, acordé con el Potro de aumentar la dosis de enalapril y eventual agregado de un diurético tiazídico y no estoy en desacuerdo de plantear el agregado eventual de un B Bloq

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

