

Mujer 53 años, hipertensa, obesa, con función ventricular levemente deprimida. que presenta con síncope recurrente – 2012

Dr. Adrián Baranchuk

Edgardo

¿Serás tan amable de subir una paciente que acabo de ver al foro?

Caso

Mujer 53 años, hipertensa medicada con ramipril, obesa, función ventricular levemente deprimida.

Se presenta con síncope recurrente en otro centro.

Se le detecta bloqueo AV completo con escape ventricular ancho (imagen de BCRD), frecuencia de onda P a 110 lpm, luego otro escape ancho (ahora imagen de BCRI).

Presenta 8 episodios de TV/FV que requieren cardioversión/defibrilación. Los dos últimos en la ambulancia que la trasladaba a Kingston.

Paran la ambulancia y de manera preventiva la intuban. Llega adecuadamente oxigenada, a 30 lpm.

Se le realiza una angiografía de urgencia que muestra coronarias normales y una ventriculografía con función deteriorada (Grado III).

Le colocaron un marcapasos transitorio en hemodinamia (por vía femoral) y me llaman para decidir conducta.

¿Qué hubieran hecho Uds con los datos que les ofrecí que son los mismos que tengo yo ahora para decidir?

Hoy es viernes a las 3 y media PM/

Gracias por sus opiniones.

Adrián Baranch

OPINIONES DE COLEGAS

Lindo caso:

1- BAV completo, con desarrollo de TV/FV a mi entender bradicárdicos dependientes, con necesidad de CVE (lo que deprime sin dudas la FVI), si se hubiera podido, para evitar estas taquiarritmias, la estimulación permanente hubiera ayudado pero estaban en una ambulancia y no se si cuentan con marcapaseo transcutáneo, pero igual la paciente por suerte llegó viva. Lo de la coronariografía me imagino que debe ser por protocolo y por los factores de riesgo que presenta la paciente, lo cual no discuto, pero la mujer presentaba síncope a repetición previos seguramente por un severo trastorno de conducción previo no creo de origen isquémico, no se si estudiado o no. No es el comportamiento de un BAV completo en el contexto de un IAM, deberían tener algún otro dato en el ECG, pero sigamos ya que tienen coronarias normales.

2- No se a qué conducta te referís, pero esta paciente y pensando en Canadá, necesita un marcapasos definitivo no un CDI ni un TRC, dado que yo entiendo que la FVI deprimida tiene relación con las múltiples CVE que recibió durante el traslado, la cual en este contexto seguramente una vez mejorada y compensada recuperará función VI.

3- ¿Qué tipo de marcapasos?: sabemos que un VVI alcanzaría, pero seguro irán por un bicameral, siempre asumiendo que no esté dilatada como aparentemente así es.

Saludos

Francisco Femenia

Grancisco hermano

¡Qué alegría me da que te prendas en el foro, el foro te extraña (no soy el único que lo dice); es gente como vos la que hace grande este hermoso medio de comunicación.

Bueno, basta de dorarte la píldora.

1. He visto un reporte previo con deterioro de la FVI previo a este ingreso (Echo 40-45%). Ahora el deterioro por ventriculograma es más severo; pero como decís, recibió hoy 8 choques. Todavía NO se le hizo un eco en nuestro hospital. Yo la conocí a la salida de hemodinamia, teniendo que decidir con esos datos qué hacer.

2. Si hay dilatación ventricular, no parece solo atontamiento por choques. Pero cuánto es por una cosa y cuánto por otra, no lo sabremos hasta que pasen un par de días.

3. La arritmias que desencadenó los choques está documentada y es a veces TV monomorfa, a veces polimórfica degenerando en FV. Siempre en el contexto de BAVC a 30 lpm.

Con estos datos...¿cambia en algo tu conducta? ¿Seguís con un bicameral? ¿Alguna recomendación para el implante?

¿Hay alguien que opine diferente? ¿Pablo? ¿Carlos? ¿Sirena? ¿Dardo?

Salud

Adrián Baranchuk

Adrián,

Una vez descartada la obstrucción coronaria como etiología, podemos presumir que tu caso serán TV/FV facilitadas por post potenciales tardíos (bradicardia dependiente). Un fenómeno de excitabilidad supernormal (Wendesky) es otra explicación.

Debes restablecer la frecuencia con un marcapaso permanente.

¿Marcadores inflamatorios para miocarditis?

Juanico Cedano

La macana es que no tenés diagnóstico etiológico de la miocardiopatía, que sin dudas tiene, por el eco previo. El substrato más frecuente lo descartaste con la CCG, o al menos no tiene lesiones epicárdicas evidentes.

Lo otro es la TV monomórfica que decís registraron.

Lo lo tercero es que es muy joven la paciente.

Tiene varias cosas para hacer arritmias ventricular compleja pero creo que primaría el BAV completo y tal vez algún trastorno electrolítico asociado.

Creo que me inclinaría por un bicameral ahora, y la seguiría estudiando y tratar de tener un diagnóstico etiológico de su cardiopatía y hacer un seguimiento hacia donde evoluciona la enfermedad, esto es clase funcional, arritmias complejas, etc. Obvio también me podés decir y por qué vas de una con al menos un CDI y ya que implantás un CDI ¿por qué no un CDI más TRC? y sin dudas tendrías razón, creo que el debate está abierto y tal vez los libros o las recomendaciones no nos puedan ayudar tanto en este tipo de casos, y si tal vez un poco la experiencia, el olfato, etc, se que esto no es académico y no pretendo dejar un mensaje equivocado, ni entrar en un debate ya que solo estoy tirando una pequeña opinión ante un caso en el que creo todos sabemos lo que hay que hacer (estimulación permanente), pero no se si es tan claro qué dispositivo implantar,

Abrazo y gracias por tus palabras,

Francisco Femenia

Francisco, hermano

¡Qué alegría me da que te prendas en el foro, el foro te extraña (no soy el único que lo dice); es gente como vos la que hace grande este hermoso medio de comunicación.

Bueno, basta de dorarte la píldora.

1. He visto un reporte previo con deterioro de la FVI previo a este ingreso (Echo 40-45%). Ahora el deterioro por ventriculograma es más severo; pero como decís, recibió hoy 8 choques. Todavía NO se le hizo un eco en nuestro hospital. Yo la conocí a la salida de hemodinamia, teniendo que decidir con esos datos qué hacer.

2. Si hay dilatación ventricular, no parece solo atontamiento por choques. Pero cuánto es por una cosa y cuánto por otra, no lo sabremos hasta que pasen un par de días.

3. La arritmias que desencadenen los choques está documentada y es a veces TV monomorfa, a veces polimórfica degenerando en FV. Siempre en el contexto de BAVC a 30 lpm.

Con estos datos...¿cambia en algo tu conducta? ¿Seguís con un bicameral? ¿Alguna recomendación para el implante?

¿Hay alguien que opine diferente? ¿Pablo? ¿Carlos? ¿Sirena? ¿Dardo?

Salud

Adrián Batranchuk

Hola Adrián: siguiendo la línea de tus referencias

1. En el eco previo ¿qué frecuencia cardíaca presentaba?

2. ¿Valores de electrolitos séricos al ingreso?

Vos preguntas conductas, ¿tuvo una MS abortada?

Si no presenta trastornos del medio interno, marcapasos transitorio y observar si esto suprime las arritmias.

¿Por qué esto? vos referís deterioro de la FEY, estaba presente en el eco previo y no referiste bradicardia en este estudio, ni la han documentado en los episodios previos.

El principal marcador de riesgo en un paciente con TV/FV es el deterioro de la FEY, por lo que a pesar de su bradicardia en este episodio no te garantiza que sea el mecanismo que indujo siempre sus síncope. La indicación de ser así sería CDI si presenta deterioro de la FEY, el problema cómo manejar su bradicardia con este dispositivo.

Frente a esta controversia es que planteo el marcapasos transitorio antes de decidir que dispositivo implantarle. No encuentro urgencia en colocarle un marcapasos definitivo en forma inmediata, hablando por supuesto que tu pregunta obedezca a decidirlo en la sala de hemodinamia.

Perdón a todos, algo en el tintero.

Adrian referiste obesa, ¿presenta obesidad mórbida? ¿descartarías apneas del sueño con polisomnografía en esta paciente, como origen de sus trastornos?

Un saludo

Martin Ibarrola

Francisco querido

Justamente porque esta paciente NO está en ninguna guía, y la decisión hubo que tomarla al toque, es que presento este caso.

Yo dividiría las opciones iniciales que se me vinieron a la mente de la siguiente manera:

1. Dejarla con el transitorio (obesa, en la pierna, a punto de ser extubada, un viernes o sea que casi seguro hasta el Lunes no recibiría un definitivo). Luego remedir la Fey y si persiste en la zona de 30%, seguro necesitaría defibrilación, y como además será dependiente, entonces un TRC + ICD.

Si la Fey se normaliza, entonces un doble cámara con posición septal podría andar. Y si queda en el medio, pues bien, me seguiría inclinando por resincronizarla, porque esta paciente será dependiente de por vida.

2. Ahora bien, si le pongo un MP DDD ahora, y luego la desincronizo con el marcapaseo ventricular permanente (en alguien que tiene deterioro de la función previamente) tengo que hacer un "upgrade" a TRC.

¿Alguien sabe los números "actuales" de infección asociadas con "upgrades" a TRC? Las series actuales indican hasta un 19%! Si oyeron bien, de un 5-19%. O sea, que yo quiero hacer la menor cantidad de upgrades posibles, y si alguien va a casi seguro necesitar un upgrade, prefiero darle un TRC de entrada.

3. El problema crucial, es que yo no me quedo tranquilo de tener todo el fin de semana una mujer muy obesa, dependiendo de un MP transitorio puesto en la femoral, cuando además se despierte enpezará a moverse, y como dice Francisco, las TV / FV son altamente probables estar inducidas por bradicardia.

¿Entonces qué hice?

Para contemplar la posibilidad de que la función NO fuera tan mala y hubiera atontamiento por los 8 choques, le insertamos un MP "temporario-transitorio" por via yugular derecha. es decir, punción en la vena yugular interna derecha, avanzar un cable de MP definitivo hasta el ápex (fijación activa) y conectarlo a un generador de MP (reestirilizado) por fuera del cuerpo (sin bolsillo) ajustado con un adhesivo al cuello. Retiramos el cable transitorio, y la extubaremos a la noche. La dejaremos que deambule el fin de semana y nueva medición por eco de la Fey el lunes o martes. Y ahí decidimos.

¿Qué pensás Femenia, te gusta esta idea? ¿Mauricio, Carlos? ¿Dardo?

¿Uds hacen esto a veces?

Nosotros lo usamos mucho en pacientes sépticos y hace poco (el viernes, creo) discutimos un caso para esta técnica para un paciente de Francisco, justamente.

Bueno, un ejercicio de decisión médica en nuestra especialidad.

Por supuesto que otras posiciones son igual de atendibles, como señaló Francisco, aquí no hay guías, sino sentido común, experiencia y un poco de suerte...

SAlute

Adrián Baranchuk

Hola a todos como siempre en mi caso aprendo de ustedes y creo que la opción tomada por el profe Adrián es por lo novedoso del caso digna de encomio, en nuestro hospital hemos usado los marcapasos de esa forma pero siempre hasta ahora en casos sépticos y nos ha dado buen resultado, creo no obstante que es una opción aplicable en casos como el referido aunque no nos hemos hallado ante esa disyuntiva nunca. aprovecho para agradecer el caudal de conocimientos que vierten en cada una de sus intervenciones, sin más un saludo afectuoso de quien cada día aprende de ustedes.

Yamir (de Cuba)

Queridos amigos del forum con respecto a mujer obesa con syncopes repetidos por bloqueo completa VF yo yo lo analicé',y me parece que no llego a destino

Mi opinión es que esto lo debe hacer las drogas de la ACE y bloqueadores del receptores angiotensina \\\

Hace unos meses apareció un artículo en \\experiencia es de 5 casos, la primera me quiso hacer un juicio porque, yo la he tratado de estas drogas por hipertension ,y varias veces se rompió los miembros

Suspendiendo e la droga desaparecen los síncope

e<ste procedimiento es necesario hacerlo, yo hubiese suspendido la droga en el primer ataque, y evitaria otros síncope

Los 5 casos móos son mujeres postmenopausales

Un fratertenal abrazo

Samuel Sclarovsky

Si sobrevive a todo eto me pareceria oportuno saber si tiene apnea del sueño. Pero descarto que tenga algo que ver con su problema actual...

Hola Yamir

Te confieso que nunca antes lo usé para un caso como este, porque se superpusieron muchas condiciones.

En Ingles se dice: *To think out of the box.*

Pero cada vez que uno hace esto se pregunta: ¿será que mis colegas lo aprueban? ¿hay alguien más que hace lo mismo o hubiera hecho lo mismo?

Por eso lo subí, como ejercicio intelectual de decisión médica: no es solo decidir lo que corresponde por fuera de las guías, sino también estar seguro que uno NO hace daño, y que no hay otra alternativa mucho mejor a la elegida.

Un abrazo, y respetos a los colegas de la Isla

Adrián Baranchuk

Hola Adrian, claro que hacemos eso en nuestro medio y hasta hay un manuscrito creo que en INDIAN PACING o INDIAN HEART, se que es realizado por hindues, Lamentablemente yo leo las cosas pero no tengo la facilidad como otros de decorar dónde lo leí, los hindúes hacen eso en pacientes que le colocan las prótesis valvulares aórticas percutáneas y que muchas veces recuperan la conducción AV luego de varios días, como los temporales se mueven mucho usando esa técnica evitas estar reposicionando, nosotros aqui en Maracaibo usamos un electrodo de fijación activa igualmente conectado a un generador reesterilizado por fuera sin bolsillo, es prácticamente la misma técnica y el costo beneficio es buenísimo, sobre todo como dices tú en pacientes sépticos y terminales que no sabemos qué destino van a tomar

Abrazos

Carlos Rodríguez Artuza

Estimado Adrian

Mi opinión :

1- muy interesante el caso, porque permite como dices utilizar el pensamiento y no la rigidez de las guías. En este sentido ACC-AHA -HRS hacen una revisión crítica de las GUIAS 2008 de indicación de dispositivos, introduciendo un nuevo concepto de guías por respuestas al tratamiento médico.

Establecen que el marcapaseo definitivo puede ser perjudicial en muchas ocasiones ,al provocar alteraciones de la secuencia contráctil y así peor hemodinamia. Sería la situación de tu paciente con Fey deteriorada previamente al evento de BAVC/TV?

2- Entonces creo que la conducta apropiada sería :

a-marcapaso tricameral si se dan las situaciones económicas asociado a CDI back-up

b - de no poder lo anterior, es racional tu conducta, el DDD con estimulación septal.

Te pregunto :

¿Es más fisiológica que la apical?

¿Es técnicamente faácil? ¿uso de vainas, guías deflectables? ¿costo- efectividad ?
es segura? ¿qué pasa en caso de desprenderse catéter ?
¿Tienes complicaciones como perforación séptum? ¿CIV?
Un abrazo
Juan José Sirena

Hola JJ

El tema fue decidir en el momento la estrategia probable en el momento.
Respecto a los cables en posición septal, los usamos preferentemente, para CRT usamos una estrategia propia llamada SELLLECT, que puedes ahora leer en Advanced Papers de Circulation Arrhythmia (y si no mirate el paper anterior de JCE 2011)
Nos va muy bien con la posición septal y la usamos de preferencia en casi todos los casos
Saludos

Adrián Baranchuk

En Estados Unidos siempre se hacen los marcapasos "*temporary-permanent*" que tú dices. Nadie deja los temporarios más de 24 horas. hay algunos hospitales que no te dejan usar marcapasos reesterilizados pero siempre se puede conectar el cable de fijación activa (*active fixation lead*) a un generador temporario. Esto brinda más seguridad y flexibilidad para el paciente (Las enfermeras siempre se ocupan de dislocar los

temporarios a la noche). Esta es la técnica que se usa después de extracciones (por infección) en pacientes dependientes.

Estoy de acuerdo. dependiendo de la FE, CRTP vs CRTD. No usaría *dual chamber*.

Dardo Ferrara