

Mujer de 46 años con bigeminia ventricular persistente – 2016

Dr. Martín Ibarrola

Hola estimados:

Les envió un caso de una paciente de 46 años que sigo hace 8 años

AP. hipotiroidismo medicada con Hormona tiroidea en adecuado rango de tratamiento.

Bigeminia ventricular desde el año 2006

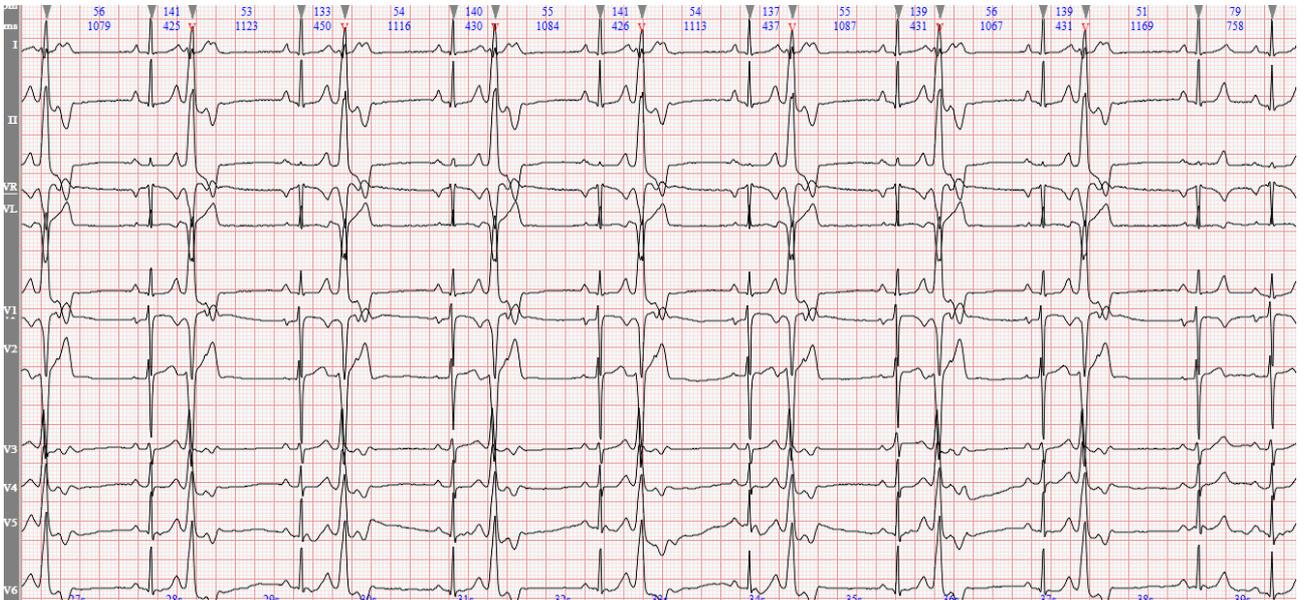
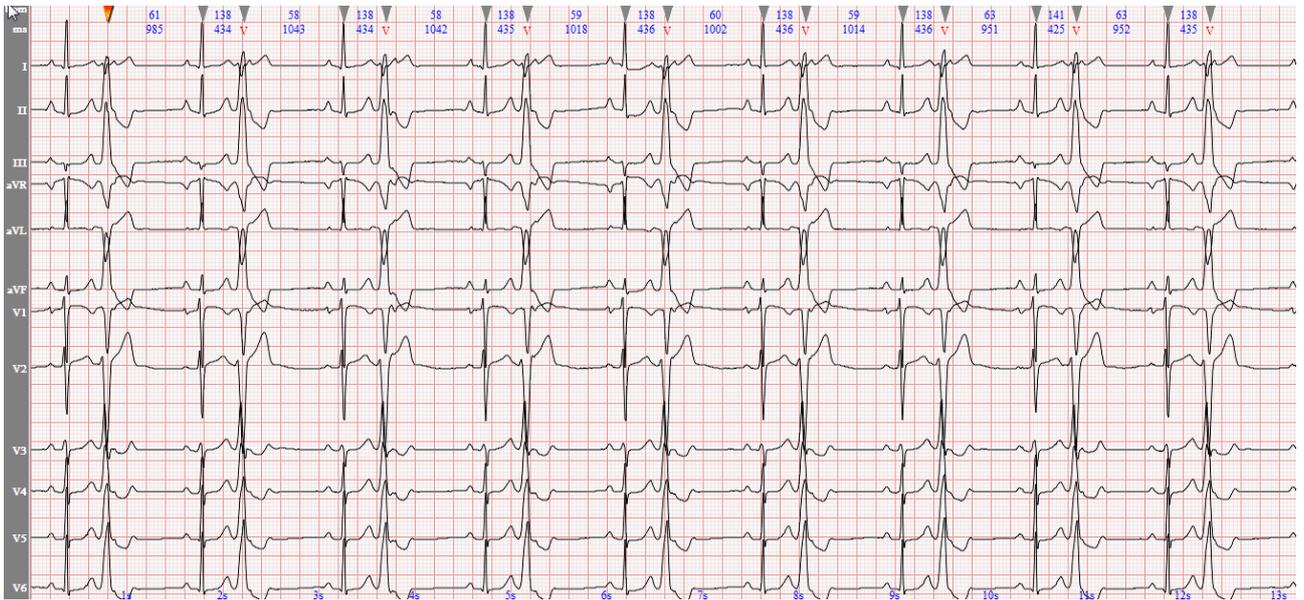
A lo largo de la evolución se intento tratamiento con múltiples antiarrítmicos, sin reducción de carga arrítmica (bigeminai ventricular). Asintomática

Envío electros previo y actual

¿Cuál sería su conducta terapéutica?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Martín,

Si la paciente es asintomática y la función ventricular permanece normal, la dejaría sin tratamiento. Si la función ventricular se deteriora, procedería con ablación. El sitio de origen es en el tracto de salida probablemente izquierdo.

Saludos,

Mario González

Martin, lo primero es demostrar que no presenta cardiopatía estructural. A veces las EV son manifestación incipiente de una miocardiopatía. Si no hay cardiopatía son idiopáticas y benignas.

Por la morfología impresiona del tracto de salida del VI y emergería de la cúspide coronaria izquierda. La transición R/S se observa en V3. El segundo ECG me impresiona que existe una onda P bloqueada que deforma la repolarización de la EV por conducción oculta retrógrada. Si es asintomática, nada. Un comentario, si querés demostrar corazón sano tendrías que realizar resonancia, con tanta EV es imposible. En mi escasa experiencia, flecainida elimina esa arritmia y podés hacer resonancia. Escuchemos a los maestros del foro que tienen gran experiencia y sabiduría.

Abrazo.

Oscar Pellizzón.

Gracias Dr González y Oscar por sus opiniones

La presentación la realicé dado que como hace años que la sigo, ya la presenté en el Foro hace varios años, y como es asintomática, se intentó reducción de carga arrítmica de bigeminia sin éxito. En todos los Holter de control la **carga arrítmica alrededor de 48%** siempre en bigeminia ventricular, que desaparece a FC altas.

Tiene EV con ondas P retroconducidas y me impresionaban EV originadas en TSVD.

Obviamente nunca pude realizarle RNM por la carga arrítmica.

En el último control hace 2 años solo comenzó a presentar un leve crecimiento auricular izquierdo con respecto a ECO previos.

Además de los estudios de control ¿algún predictor ECG de progresión a miocardiopatía por el origen de las EV, carga arrítmica, porcentaje de ondas P retroconducidas? ¿o solo aguardar la evolución?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Querido Martin

Si estuvieras en ausencia de la enfermedad cardíaca estructural, los extrasístoles bigeminadas se asocian con poco o ningún aumento en el riesgo de desarrollar una arritmia peligrosa.

En esta situación, la relación riesgo/beneficio de la terapia con fármacos antiarrítmicos no se justifica. El tratamiento farmacológico con beta bloqueantes o calcio-antagonistas son frecuentemente mal tolerados y poco eficaces. No obstante, puede ser el tratamiento INICIAL EN LOS CASOS NO GRAVES.

Es importante verificar si se está utilizando estimulantes, y si no tiene alteraciones electrolíticas o tiroideas

Si no se encuentra una causa subyacente, algunos cambios de estilo de vida pueden ser útiles: como tranquilizarla. La ansiedad y el estrés - si presentes - deben ser aminorados con meditación o yoga, o hablar sobre sus sentimientos con alguien de confianza, dormir lo suficiente. evitar la cafeína, el alcohol, el tabaco y las drogas recreativas, ya que estos pueden hacer las PVCs más graves. Podría ayudar a realizar un seguimiento de sus síntomas en un diario para que pueda detectar otros factores desencadenantes.

La ablación por radiofrecuencia del foco ectópico es el tratamiento apropiado actualmente porque está comenzando a afectar el corazón como lo demuestra el ECO.

Necesita ablación

Las arritmias del tracto de salida del VI se originan en las cúspides coronarias derecha o izquierda o en el espacio mitro-aórtico. El ECG muestra transición precoz V1, V2-V3 con R en V1.

Puede ser de salvas incesantes con episodios sincopales. (son bastante frecuentes las bigeminias sostenidas o permanentes que puede generar bradisfigmia, hipotensión y bajo débito.

Estos pacientes suelen presentarse con fatiga y disnea, (además de palpitaciones) El pronóstico en general arritmias de los tractos de salida es bueno, aunque existen formas malignas que pueden inducir TV polimorfa/FV. El tratamiento con indicación tipo 1, es la ablación por radiofrecuencia.

Estos pacientes deben estudiarse mediante ecocardiografía para descartar cardiopatía como tu lo hiciste. Los casos persistentes pueden evolucionar a la taquicardiomiopatía

Andrés R. Pérez Riera

Gracias Andrés por su respuesta

La paciente desarrolló luego de 2 años de no concurrir a control una miocardiopatía con deterioro moderado de la función sistólica y la he mandado a ablacionar.

Se que no representa mayor riesgo de MS

Pero sí siempre fué refractaria a drogas, aunque asintomática

¿Por qué no indicar la ablación en las bigeminias ventriculares refractarias a drogas (BB, BCa empeoró), flecainida y propafenona le produjeron sintomatología por mayor carga arrítmica.

Ya presentaba signos de crecimiento auricular izquierdo en la evolución, ¿por qué no ablacionarla previo al desarrollo de miocardiopatía? Sin arritmia luego de ablacionada lograré realizar RNM, pero no creo se trate de una miocardiopatía de base, sino por la bigeminia ventricular.

Ya escucharé la conferencia en el Encuentro del FIAI de los ritmos bigeminados.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Hola

1. Comparto la visión de Martin. Si la CD no es isquémica y no hay otra causa, la ablación de las PVC es mandatoria.

Cada vez hacemos ablación de las PVC. Lo que no he leído (tal vez me lo salteé) es la especulación electrocardiográfica de "de dónde vienen las PVC". Hoy ya no alcanza con decir VI o VD, sino que hay que precisar la estructura, dado que la ablación se planea de acuerdo a este análisis.

Si me permiten, para eso sugiero el siguiente approach:

1. Dividir los ventrículos en cuadrantes.

2. Así queda un cuadrante superior derecho, uno superior izquierdo, uno inferior derecho y uno inferior izquierdo.

3. Ese sería el primer algoritmo.

4. Luego uno pasa a analizar el algoritmo de cada cuadrante.

5. En el superior derecho, son las PVCs originadas en el TSVD. aquí pueden ser anteriores, septales o laterales.

6. En el superior izquierdo, pueden venir del TSVI, de las cúspides coronarias derecha o izquierda o de la cúspide NO coronaria.

7. En el cuadrante inferior derecho, uno debe ser capaz de identificar las provenientes de la Banda moderadora (¡muy características!) y las de la región ínfero-basal pura (aquí la experiencia en Chagas podrá ayudar); y por último

8. En el cuadrante inferior izquierdo, las PVCs pueden venir de los músculos papilares (pósteromedial y anterolateral), del summit (ver paper de Andres Enriquez), del fascículo posterior, y de la región ínfero-basal.

Cada cuadrante tiene su algoritmo. Estamos trabajando en resumir todo esto en un solo paper. Trabajamos junto a Fermín Garcia y Andres, de la Universidad de Pennsylvania.

Saludos

Adrián Baranchuk

Hola Adrian... muy buen analisis. A propósito... ¿tiene relevancia saber si el mecanismo subyacente de estas bigeminias es foco automático o reentrada? Porque al subir la FC de esta paciente desaparece la bigeminia.

¿Puede generarse la desaparición de la reentrada al suspender el tratamiento antiarrítmico, al subir la frecuencia sinusal?

Saludos

Gustavo Adamowicz

Hola Gustavo

SI!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Gracias por traer este t3pico. El an3lisis de las PVC debe contemplar:

1. Origen y localizaci3n

2. Mecanismo

3. Presencia de s3ntomas

4. Impacto sobre la LVEF3

En el caso que tu se3alas, saber el mecanismo ayuda a definir el tratamiento, ya que las autom3ticas pueden responder muy bien a BB.3

Es facil distinguir entre autom3ticas y reentrada mediante el an3lisis del surface ECG

Adri3n Baranchuk

Cl3sicamente, las bigeminias ventriculares, s3lo aparecen en una banda m3s o menos anchas de frecuencia y se suprimen con el aumento de la frecuencia sinusal, como en el ejercicio. Los beta-bloqueadores convencionales tienen poco o ning3n efecto en la bigeminia. Por otro lado, un beta-bloqueador con actividad agonista parcial, como el acebutolol, tiene mucho m3s efecto.

Cordialmente.

Sergio Pinski

Estimado Dr. Pinski: en Argentina no se encuentra disponible el acebutolol, se indicó atenolol, bisoprolol, metoprolol sin cambios en la carga arrítmica. También intenté variar la dosis de H. tiroidea hasta dosis máximas guiado por el valor de TSH y T4L, sin cambios en su bigeminia.

Si no dispongo de acenobutolol, ¿cual otro BB me recomendaría?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Martin

El mejor BB se llama ablación.

Adrián Baranchuk

¡Qué pena! En mi época se usaba bastante. El nombre comercial en Argentina era Rhodiasectral.

El pindolol también tiene importante actividad agonista parcial, pero más efectos adversos del SNC al ser liposoluble.

La ablación es la mejor opción para esa paciente.

Cordialmente.

Sergio Pinski