

# Paciente portador de cardiopatía chagásica que presentó una taquicardia ventricular con síncope y le fue implantado un DAI – 2014

Dr. Raimundo Barbosa Barros

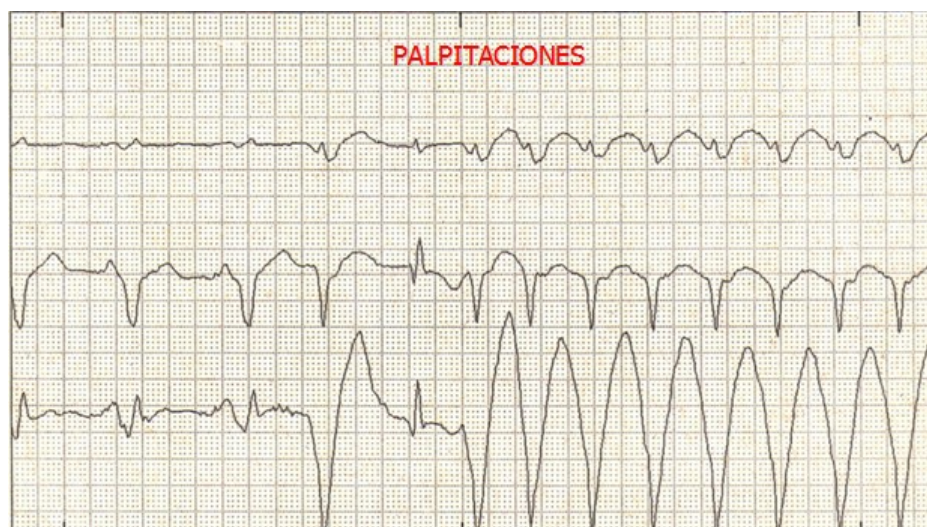
Holá queridos foristas me gustaria de compartir este caso

Este paciente es un portador de cardiopatía chagásica. Presentó una taquicardia ventricular con síncope y fue implantado un DAI. En esta ocasión la indicación fue cuestionada porque el paciente tenía una fracción de eyección del ventrículo izquierdo normal. Hizo este Holter meses más tarde porque le estaba presentando episodios de palpitaciones. La terapia se ha optimizado con mayor dosis de amiodarona y los betabloqueantes con buena respuesta.

La FEVI no es todo

Saludos a todos

Raimundo Barbosa Barros

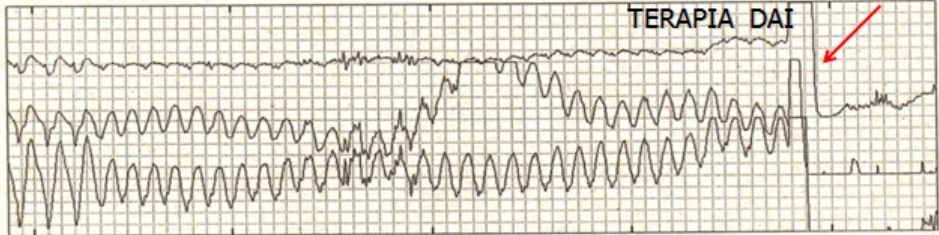
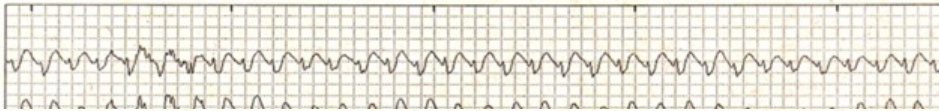


**PALPITACIONES**



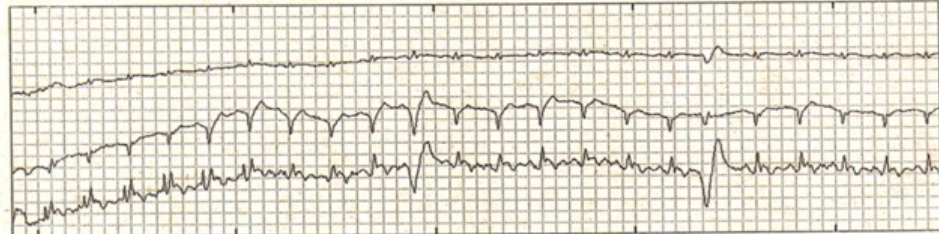
08:40:13 Med

continuação



08:40:55 Med

continuação



## OPINIONES DE COLEGAS

Hola Raimundo: comparto tu afirmación acerca de que la fracción de eyección no es todo. Incluso en la cardiopatía isquémica y con antecedentes de IAM, mueren muchos pacientes de manera súbita con fracción de eyección de 40% o más. En el estudio de Sarabanda y Marinho publicado en PACE, en chagásicos con TVS o TVNS, la fracción de eyección <40% fue el elemento predictor de mortalidad y muerte súbita. pero como discutimos a raíz de otro caso reciente, incluso con la intervención de José Luis, quien hizo una tesis al respecto, y que coincide con estudios de autores de Brasil; la función ventricular puede ser prácticamente normal y el paciente chagásico desarrollar arritmias ventriculares letales, en particular durante el ejercicio: la aparición de TVNS o TVS durante la ergometría es, en estos casos altamente vaticinadora de MS.

Creo que el paciente fue bien tratado y no cuestionaría el CDI, aunque ahora el ajuste de la dosis de beta bloqueantes y amiodarona parezca dar un resultado óptimo. Sobre todo, porque la taquicardia es uniforme, de modo que se sospecha de un sustrato con una anatomía determinada.

En nuestra experiencia, las arritmias que desarrollan durante el ejercicio son multiformes y de aspecto bastante caótico en gran parte de los casos.

Un abrazo fuerte Raimundo y cariños para Niobe

Pablo A Chiale (QEPD)

---

Amigos :

¡Qué belleza de caso !.- En épocas de los años 80 y 90´nos decían , que los chagásicos podían tener buena FEVI y morían por eventos arrítmicos (Taqui o Bradi), trabajos como los de Moleiro, Mendoza, Fuenmayor, Carrasco y otros en Venezuela así como Baranchuk, Cardinali Nieto, Ravinobich, Muratore, Abello y muchos más en Brazil, Argentina, México .... han demostrado esta misma relación y el acoplamiento corto-largo-corto como desencadenador de TV en estos pacientes (como se ve en el trazo de este paciente, latidos 4,5 y 6 de la gráfica descrita como palpitaciones)

En nuestro centro, los chagásicos con cuadros sincopales que tienen FEVI conservada o ligeramente deprimida, le colocamos DAI debido a riesgo de MS arrítmica.-

Sabemos que tienen también más riesgo de disparos inadecuados, pero hacemos programaciones bien personalizadas a sus arritmias y con largos tiempos de espera en la detección, para el disparo más seguro y con mecanismos ATP para evitar choques inadecuados

Felicito a Raimundo por tan buen caso

Mauricio Rondón MD

Estimado Raimundo, gracias por acercarnos estos trazados, la TVS impresiona originarse en el VD por la morfología de la TV y previo al disparo del CDI diría se trata de una FV.

Ud refiere buen FEY,

En los latidos en ritmo sinusal impresiona un crecimiento auricular izquierdo con trastorno de conducción de base. ¿Tiene un electrocardiograma del paciente?

¿Pudieron realizarle RNM cardíaca previo a la colocación del CDI?

Un gran abrazo y concuerdo con la conducta adoptada, como se discutió en el caso previo.

Martín Ibarrola

Estimado Doc. Entre 1998 y el año 2004 se realizó un estudio longitudinal y retrospectivo ***Automatic implantable cardioverter-defibrillators in Chagas' heart disease patients with malignant ventricular arrhythmias.***

Este estudio demostró que debe indicarse DAI en pacientes con FEVI conservada. Un 32% de los pacientes que se les implantó tuvieron fibrilación ventricular, 29% taquicardia ventricular. 91% de estos pacientes habían presentado MS. No soy arritmólogo, pero como cardiólogo clínico creo que nos debemos todos alguna discusión de este perfil de pacientes: **"FEVI conservada + arritmias ventriculares complejas"** y antecedentes de MS en la familia

Saludos para todos.

Daniel Hernández

---

Estimado Daniel,

¿Podría Ud o algún miembro del Foro enviar el pdf de este interesante trabajo por Ud. citado?

Cordiales saludos para todos,

José Milei

*Pacing Clin Electrophysiol. 2006 May;29(5):467-70.*

*Automatic implantable cardioverter-defibrillators in Chagas' heart disease patients with malignant ventricular arrhythmias.*

*Cardinalli-Neto A(1), Greco OT, Bestetti RB.*

*A total of 46 consecutive Chagas' disease patients had an automatic cardioverter defibrillator implanted at our institution from October 1998 to January 2004. A retrospective longitudinal study was carried out to identify type of life-threatening ventricular arrhythmias as well as type of therapy delivered. Of these, 41 (91%) had been recovered from cardiac arrest. Five (15%) of 33 patients in whom echocardiography was done had no left ventricular function. Antiarrhythmic therapy was delivered to 37 (80%) patients during post implant follow-up. Thirty-one of 37 (84%) patients received both shock and antitachycardia pacing, five (13%) only antitachycardia pacing, and one (3%) patient only shock. Median time to first shock was 16 days, varying from 1 to 576 days. Ventricular fibrillation was the cause of first shock in 12 patients (32%), ventricular tachycardia in 11 (29%), and ventricular tachycardia not responding to antitachycardia pacing degenerating into ventricular fibrillation in nine (24%). Five patients with ventricular tachycardia were treated with antitachycardia pacing. Probability of freedom from device discharged was 47% at 90 days, 34% at 180 days, and 9% at 360 days in the postimplant follow-up. Thus, patients with chronic Chagas' heart disease recovered from cardiac arrest have a peculiar arrhythmogenic profile characterized by a high frequency of ventricular fibrillation and no left ventricular systolic dysfunction and a short period of time for first shock.*

---

Estimado Raimundo:

Pacientes con serología positiva para Chagas, con arritmias ventriculares malignas, **sin disfunción ventricular**, se encontro correlación entre arritmia clínica, inducida y durante el seguimiento.

Habría un subgrupo de pacientes, dentro de la miocardiopatía chagásica, con manifestación eléctrica predominante.

Hubo una alta incidencia de recurrencia de arritmias ventriculares malignas, con pobre respuesta al tratamiento farmacológico.

El uso de CDI de tercera generación, permite documentar la incidencia de arritmias ventriculares malignas en el seguimiento.

Referencia: Prado Aldo; Dantur Julio; Hasbani Eduardo; Sabaj Alberto; Quintana Roberto; Aguinaga Luis.

1er Congreso Virtual de Cardiología.1998

Es decir que ha estado bien tomada la decision .

Saludos

Eduardo Quiñones

---

Caro Barbosa

Achei interessante a sugestão de Martincito sobre Ressonância Nuclear. Foi feita? O CDI implantado já não é "protegido" para RMN?

Abraços

Adail Paixao Almeida

---

Estimado Maestro Milei

Lo que Ud. me envió en inglés es lo que leí. No tengo todo el artículo. Pero el Lunes, voy a buscarlo en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la UNNE. Apoyo la decisión de haber colocado el CDI en ese paciente.

Saludos cordiales maestro

Un abrazo

Daniel Hernández

---



Consulta: ¿Cuáles fueron los cuestionamientos que se realizaron por colocar un CDI/DAI?  
¿Fue por la FSVI conservada? Yo tampoco soy electrofisiólogo pero me parece que más allá de la FEVI, lo cierto es que el paciente entra al algoritmo que decide la colocación de un DAI a través de haber presentado una TV con síncope. Es igual que una MS.

¿Qué prueba diagnóstica tenemos hoy en día y que nos diga que un paciente que presentó TV/FV, no volverá a hacerlo?

Lo que es una impresión, no tengo casuística ni la conozco, es que muchos de estos CDI, cuando el paciente comienza a recibir Betabloqueantes y amiodarona, dejan de efectuar descargas.

No conozco un trabajo al respecto, ¿lo hay? Gracias.

Néstor Gorini

Querido Daniel:

Tu propuesta de que *"nos debemos todos alguna discusión de este perfil de pacientes: "FEVI conservada + arritmias ventriculares complejas" y antecedentes de MS en la familia"* me dice que por lo menos dos cosas rondan en tu cabeza.

Primero parece que seguís preocupado (como no podría ser menos) por tu paciente que enviaste la semana pasada.

Segundo, al hablar de *"perfil"* me da la sensación que de alguna manera considerarás que hubiera un hilo conductor, un factor compartido vinculado al tripanosoma o sus efectos por lo cual en una familia de parasitados se dieron múltiples casos de MS.

Lo que pienso es que hay un paso previo a la consideración del *"perfil"* cual es demostrar el vínculo, es decir, poder afirmar contundentemente que todos los miembros de aquella familia murieron súbitamente por ser portadores de Enfermedad de Chagas, y eso, si bien está sugerido linealmente por la propia historia familiar, no está comprobado científicamente.

En los mail que envié al foro sobre este tema y los que intercambiáramos en forma privada te expresé que antes que nada deberíamos intentar descartar otras entidades donde el antecedente familiar juega un rol destacado, como la miocardiopatía hipertrófica

o alguna canalopatía y ello deberíamos hacerlo entre los familiares muertos ya que (por suerte) nuestra paciente no ha presentado (hasta ahora y esperemos que no lo presente) ese factor común.

Porque una cosa es discutir si efectivamente hay “*un perfil*” que da por sentado que hemos demostrado el vínculo o por lo menos descartado otros, y otra distinta es preocuparnos por el pronóstico de esta paciente individual, que entre sus antecedentes presenta la MS de varios familiares directos.

Espero haber sido claro

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Edgardo

Todo lo que decís es cierto; sigo preocupado por la paciente de 42 años y por su hermano de 37 que tiene colocado un VVI y tiene informado un holter con TVNS.

La verdad que si, creo que hay un hilo conductor, pero también me invaden ciertas dudas, porque puede plantearse alguna otra causa.

Espero que no siga lloviendo o sino esta mujer no va a poder salir de la zona rural, si el tiempo acompaña, este Martes 1, tiene turno para un eco doppler y una ergometría, que va a ser realizada por un arritmólogo que trabaja conmigo (el tipo es un genio: Dr. Lisandro Soriano), además de la colocación del Holter.

Mi amigo, justo ahora se presentó este caso en el Foro, y como es muy parecido a los casos que tengo, insistí con la posibilidad de que Uds. que tienen muchísima experiencia científica, académica y de tratar a estos pacientes, podamos aprender un poco más.

Ojalá podamos hacerlo en la FAC de Mendoza, no sé si como una Mesa Redonda o Jornadas, también podemos sentarnos en un bar de ahí y charlamos un poco. Siempre para mí, es muy bueno escucharlos a Uds.

Saludos y buen Domingo

Daniel Hernández

---

Querido Danielito:

Me quedo pensando, preocupado, en el hermano de 37 años.

Que tiene implantado un VVI. ¿Por qué? ¡Tan joven y con estimulación permanente no fisiológica!

¡Pero además tiene TVNS!

Estaría encuadrado en un caso de prevención primaria de MS.

Estuve releendo el consenso argentino uruguayo de MS del 2012, del que participaron muchos miembros del Foro

[http://www.sac.org.ar/files/files/165-184\\_CAR6-12\\_-\\_RAC\\_-\\_CONSENSO\\_DE\\_MS.pdf](http://www.sac.org.ar/files/files/165-184_CAR6-12_-_RAC_-_CONSENSO_DE_MS.pdf)

Este paciente tendría **indicación Clase IIa con nivel de evidencia C de realizarse un EEF por presentar TVNS**, lo que no sería claro para la paciente testigo.

¿Qué pensás y qué piensan los colegas?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

---

Nosotros presentamos un trabajo con 20 pacientes chagásicos en prevención secundaria de TV y Fey Media de 38 mas/menos 10% a los cuales impregnamos con Amiodarona (mas de 10 gramos) y al 85 % los testeamos con EEF y de ellos el 75% fue inducible bajo drogas y otro 15% tuvo TV clínica aún bajo el tratamiento. A todos ellos les pusimos un CDI y tuvimos una tasa de choques del 63,5 % en un seguimiento a 60 meses y mortalidad del 15,8 % todos por ICC terminal.

Si bien no es un multicéntrico es un poco nuestra experiencia, por lo que a un chagásico con TV le ponemos un CDI.

Abrazo.

Luis Medesani