

Paciente femenina de 70 años, HTA crónica y episodios de FA paroxística que presenta una taquicardia de QRS ancho – 2009

Dr. Francisco Femenia

Amigos del Foro:

Envío un caso interesante de hace algunos años:

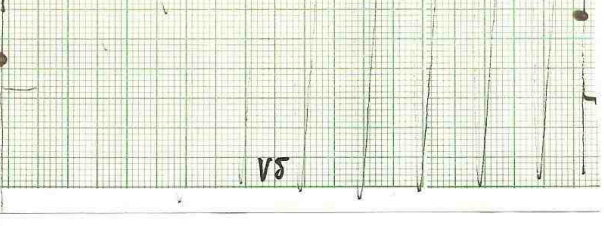
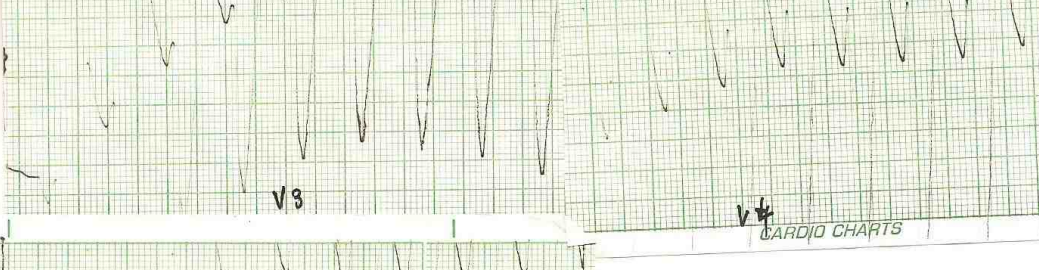
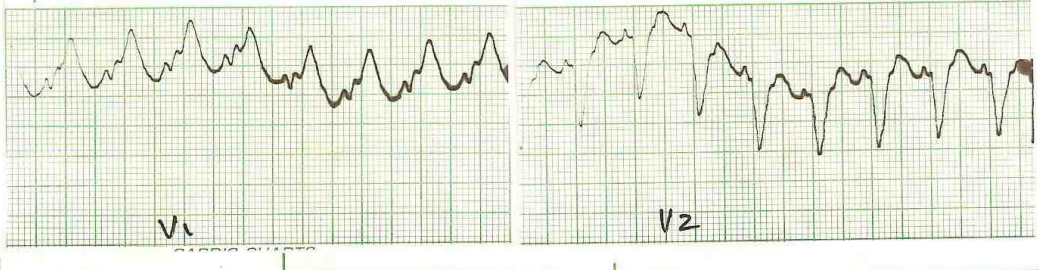
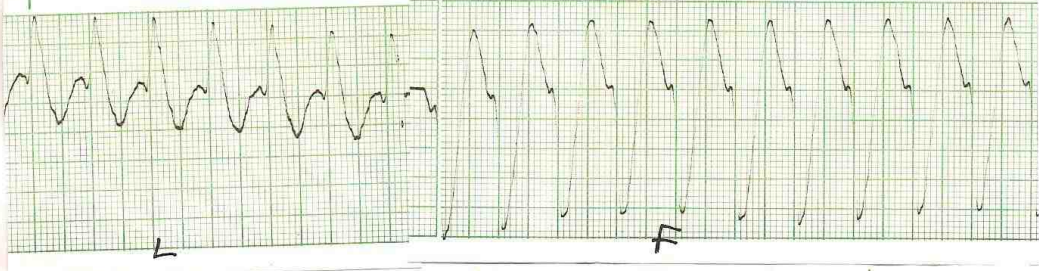
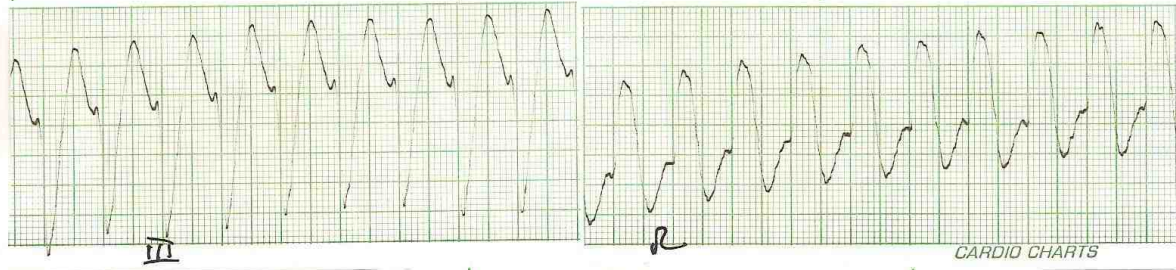
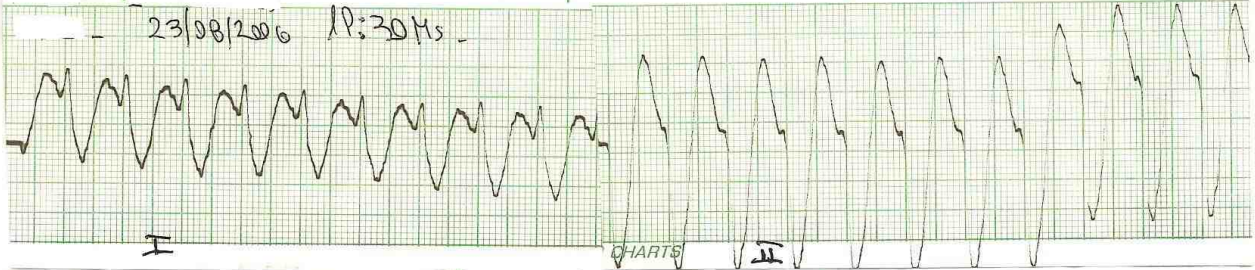
Paciente femenino de 70 años, buena calidad de vida previa, HTA crónica y episodios de FA paroxística, tratada con enalapril y amiodarona. Ingresa por cuadro presincopal y palpaciones rápidas, en teoría (no tenemos el ECG del ingreso inmediato) diagnostican una FA de alta respuesta ventricular, le indican amiodarona EV (carga y mantenimiento), analítica normal, continúan con tratamiento con enalapril y agregan furosemida, a las 24 hs la taquiarritmia continua igual y agregan propafenona 300 mg oral. A las 6 hs la paciente presenta cuadro de disnea progresiva, angustia y desorientación, diagnostican Edema Agudo de Pulmón, inician tratamiento específico, y realizan ECG (adjunto) y la derivan a nuestro servicio, ¿cuál es su diagnóstico? y ¿qué harían o hubieran hecho?

Después les cuento el final, saludos

Saludos

Francisco Femenia

23/08/2006 1P:30Ms



CHARTS

CARDIO CHARTS

CARDIO CHARTS

OPINIONES DE COLEGAS

Estimados amigos,

Por varias razones mi diagnóstico inicial sería de Taquicardia Ventricular.

- por razones estadísticas, mas del 80% de las taquicardias regulares de QRS ancho lo son;

- aunque no aprecio disociación VA, hay algunos elementos en el registro que sugiere TV: la anchura del QRS (si bien recibió drogas que podrían ser responsables) mayor a 200 ms; el eje eléctrico del QRS en cuadrante superior derecho; y prácticamente podemos afirmar que tiene concordancia negativa en precordiales.

- además, aberrancia significa que se trata de un impulso que baja por el nodo AV y se conduce con algún tipo de bloqueo de rama; por tanto en cualquier taquicardia supraventricular con aberrancia el complejo QRS debe tener una morfología típica de algún tipo de bloqueo de rama; no me parece que sea el caso.

En suma, asumiendo que tengo chances de equivocarme ya que ningún criterio es 100% específico, clínicamente asumiría que es una TV, la manejaría como tal, y orientaría su estudio posterior como tal.

Espero con sumo interés el diagnóstico final del Dr. Femenía.

Saludos a todos.

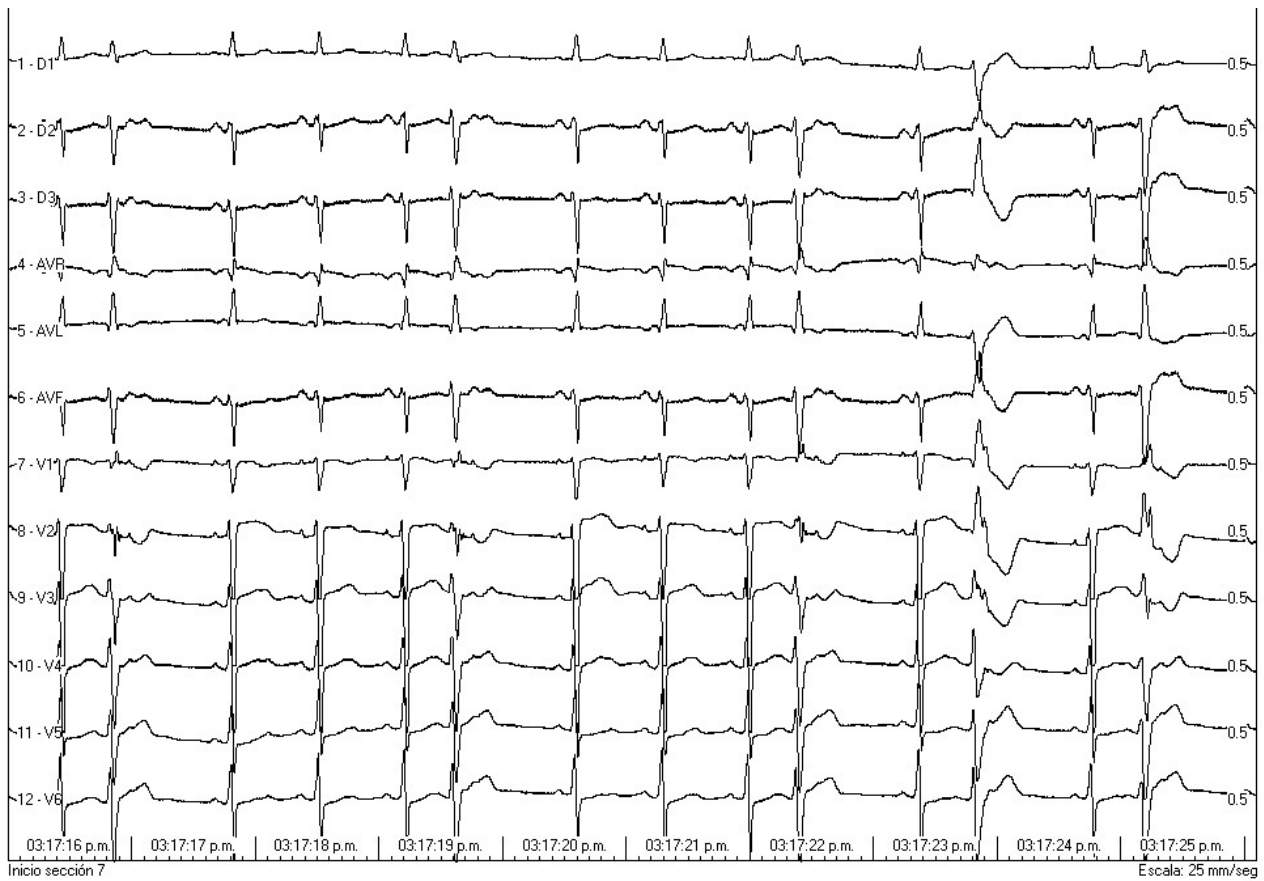
Dr. Walter Reyes

Estimados amigos, este caso deja algunas enseñanzas interesantes, o al menos así lo creo, personalmente creo que específicamente este ECG no me parece una TV, utilizando criterios de Brugada, tiene complejos RS en precordiales con no más de 100 ms midiendo el RS, en V2 pareciera verse una onda auricular seguida de QRS, no viendo disociación AV, y me da la impresión que tiene conducción con imagen de rama derecha y HBAI. Lo otro interesante es que ante la persistencia de la taquiarritmia empieza el cocktail de drogas antiarrítmicas, amiodarona, digital, y propafenona, y a mi entender existió un efecto proarrítmico de la misma, ya que cuando la paciente se descompensa estando internada y presenta el EAP es por una taquiarritmia "muy rápida", donde el ECG que mandé es del día posterior, aberrante, QRS ancho y a una FC 150-170 por minuto.

Yo creo que esta paciente se internó por un aleteo auricular con conducción variable y seguramente cuando aceleraba algún grado de aberrancia aparecía, que se interpretó como una FA, o inicio como FA y después apareció el aleteo, no lo se pero de igual forma lo que habría que llamar la atención es de la necesidad de darle un uso racional a los antiarrítmicos, especialmente con las drogas del grupo 1C en pacientes con cardiopatía estructural, y no olvidarnos nunca de los efectos proarrítmicos que tienen todos los antiarrítmicos. Les mando lo que nos encontramos cuando llego a la unidad de arritmias y lo que hicimos (ECG ingreso, ablación y postablación), saludos a todos
Francisco Femenia



Escala: 25 mm/seg



La verdad es que ese QRS era bien ancho, muy demostrativo el caso, me llama la atención esa extrasístole con QRS de morfología de ramo derecho que es idéntica a la morfología de la taquicardia que enviò el Dr Castro, al aparecer esa extrasístole tenías los catéteres dentro, ya que de esa forma pudiéramos resolver el caso, tiene morfología de ramo derecho con DI AVL negativo y DII-III-AVF positivo.

Saludos

Carlos Rodríguez Artuza

La reflexión de Pancho trae a mi recuerdo una encuesta que realizó el Dr Jorge González Zuelgaray hace muchos años, (1995 o 1996), entre cardiólogos.

Por contiguidad; en esa época Jorge estaba en el Argerich; quizá Edgardo conozca de qué hablo.

Jorge mostraba a cardiólogos un trazado de Taqui con QRS ancho

Y la pregunta era : ***TV vs. TSV con aberrancia, su diagnóstico***

La siguiente pregunta era : ***que le indicaría: digital, verapamilo, lidocaina***

Fue muy interesante ver las respuestas.

¿Podría gestionar Edgardo, las conclusiones?

Sería muy interesante para el Foro.

Saludos al Foro y a todos sus fogoneros

Luis Roca

Estimado Femenia,

muy interesante el caso y muy importante el mensaje que ha querido transmitir.

Pero quisiera también confirmar mi mensaje del mail anterior, realizado con espíritu docente.

Ante un paciente con ese ECG (excluyamos por un momento el tema de las drogas recibidas), el primer planteo clínico debería ser TV. Si se actuara así, se evitaría el cóctel de drogas y el paciente no correría riesgos innecesarios.

El médico que enfrenta a ese paciente en primera instancia seguramente no es un electrofisiólogo, ni recuerda los algoritmos.

El uso

del criterio: "Toda taq. de QRS ancho debe presumirse ventricular hasta demostración de lo contrario" (Recomendación clase I, guías de tratamiento de las arritmias ventriculares 2006, AHA/ACC) seguramente permitiría acertar en la mayoría de los casos y no aumentar riesgos para el paciente, Ya habrá tiempo luego para recurrir a un electrofisiólogo, EEF, y precisar el diagnóstico.

Y si nos hemos equivocado lo hicimos a favor del paciente. Por el contrario, si diagnosticamos una supra con aberrancia y nos conformamos con ese diagnóstico nuestro algoritmo diagnóstico y la estratificación de riesgo no serían adecuadas.

Muy buen caso y lo felicito por la elegante solución.

Saludos,

Walter Reyes

Saludos a Todos: De acuerdo con el manejo práctico del Dr. Walter Reyes; si esa paciente nos llega al ER y presenta signos de descompensación o "parece que pronto los va a presentar", y con una historia de síncope previo y reciente, nos basamos en la estadística que mencionó el colega, y es que se hace énfasis en estos números en los cursos de ACLS; claro, a menos que sea "prácticamente" evidente que no es una TV, sino una TSV con aberrancia. Y siempre buscando signos de descompensación cardíaca al momento de la consulta. Así dice el algoritmo. Hasta pronto,

Ricardo Pizarro

Prezados amigos do foro: concordo totalmente com os sábios comentários do amigo e brilhante eletrofisiologista da linda República Oriental do Uruguai Dr Walter Reyes Coarsi. Apenas para os mais jovens gostaria de frisar os seguintes pontos fundamentais

- 1) Seja minucioso na história e no exame físico procurando a toda custa a presença de dissociação AV (veja abaixo)
- 2) Existe uma percepção errônea generalizada de pensar que a TSV com aberrância e a TV são igualmente freqüentes quando esta relação é aproximadamente de 5:1
- 3) TV está associada com freqüência a doença estrutural ou infarto prévio
- 4) Quando a duvida persiste recomenda-se usar procainamida jamais verapamil ou digoxina na presença de um evento de QRS largo e $FC \geq 200$ bpm e irregular.
- 5) Nunca use o critério da idade, o "status" hemodinâmico no diagnóstico diferencial.
- 6) Avalie a largura do QRS sua configuração e seu eixo
- 7) Procure a concordância precordial

- 8) Procure sempre batimentos de fusão e captura no traçado quando presentes indicam TV
- 9) Quando o QRS \geq 140ms e polaridade positiva em precordiais direita pensar em TV
- 10) Quando o QRS \geq 160ms e polaridade negativa em precordiais direitas pensar em TV

1) ANAMNESE OU INTERROGATÓRIO

Pela suas manifestações a TV pode ser classe I, II, III ou IV.

I: Assintomática ou Palpitações

II: Tonturas "**lightheadedness**", dor precordial e/o dispnéia

III: Síncope e/ou pré-síncope

IV: Parada cardíaca.

I e II são consideradas bem toleradas.

A TV pode se manifestar por palpitações, dispnéia ou tonturas em caso de episódios de curta duração ou com frequência cardíaca não muito elevada entre 100 e 150bpm (bem toleradas). Contrariamente quando prolongadas (sustentadas) ou quando apresentam FC muito elevada (\geq 180bpm) podem causar queda da pressão arterial e síncope.

Frequências cardíacas \geq 220 bpm podem conduzir a rápida queda de pressão arterial síncope e conduzir a morte súbita por degeneração em fibrilação ventricular.

São fatores que contribuem à intolerância clínica:

- 1) Frequência cardíaca muito elevada
- 2) Evento mais prolongado (TVS)
- 3) Perda da coordenação com a contração atrial
- 4) Isquemia
- 5) Insuficiência mitral
- 6) Disfunção significativa do ventrículo esquerdo subjacente ou cardiopatia estrutural.
- 7) Degeneração em FV
- 8) Diminuição da perfusão miocárdica.

Pode ocorrer precordialgia por isquemia ou pelo ritmo rápido em si mesmo.

Raramente o paciente refere sensação de pescoço "estufado" ("**neck fullness**") relacionado com aumento da pressão venosa central e as ondas "a" em canhão consequência da contração atrial contra a válvula tricúspide fechada.

Queixa de dispnéia pode existir como consequência de aumento da pressão venosa pulmonar e contração do átrio esquerdo contra uma válvula mitral fechada.

Antecedentes de risco incluem infarto prévio, procedência de área endêmica em Sulamérica no caso da doença de Chagas, e morte prematura súbita (≤ 40 anos) em familiar de primeiro grau devem fazer pensar na síndrome do QT longo hereditária, síndrome do QT curto, síndrome de Brugada, TV familiar catecolaminérgica, displasia arritmogênica do ventrículo direito e cardiomiopatia hipertrófica.

2) EXAME FÍSICO

Durante o evento FC elevada, freqüente hipotensão, taquipnéia, diminuição do nível de consciência, palidez e sudorese.

Ondas "a" de o pulso jugular de canhão podem ser observadas no pescoço se os átrios encontram-se em ritmo sinusal.

Primeira bulha de intensidade variável consequência da perda do sincronismo átrio-ventricular pode ser observada.

Os sinais físicos de dissociação AV incluem:

- 1) Ondas "a" de canhão no pulso jugular.
- 2) Variação da intensidade da primeira bulha. No ritmo sinusal normal à primeira bulha consequência do fechamento das válvulas AV e não apresenta variações na sua intensidade.
- 3) Mudanças da pressão sistólica batimento a batimento.

A ausência destes sinais não exclui o diagnóstico de TV em especial na presença de fibrilação atrial.

Abraço a todos e bom domingo

Andrés R Pérez Riera

Estimado Dr. Walter, muy pertinente su comentario actual y el anterior, siempre tratamos de transmitir taqui con QRS ancho actuar como si fuera una TV, pero al mismo tiempo cuando el otro concepto es evaluar rápidamente si la taquicardia nos da "tiempo" para pensar unos minutos e intentar hacer un diagnóstico diferencial, al menos en nuestro casos no pretendemos que un cardiólogo general que está de guardia (con todo lo que eso implica) se acuerde de los algoritmos de diferenciación (otra discusión es si los tiene que conocer o no), pero es fundamental encuadrar en qué contexto se presenta la taquiarritmia, si el paciente tiene antecedentes de algún tipo de cardiomiopatía, si es isquémico, si tenía previamente taquis supras, etc, cuando el paciente esta comprometido y la causa es la taquiarritmia o una bradiarritmia hay que actuar (cardioversión o estimulación temporal respectivamente) y después vemos que fue, pero al menos a nuestros residentes les insistimos en si el paciente está estable, tratar de razonar un poco más las posibilidades diagnósticas y poder ejecutar un tratamiento adecuado, intentando tal vez no controlar o curar pero si no hacer más daño, también estoy convencido de las grandes virtudes que nos viene aportando la amiodarona, ya desde su descubrimiento en mi país de origen (Bélgica) como vasodilatador, pero acá también reside otro problema no menos que es su utilización indiscriminada para todo tipo de arritmia, insisto que si el paciente nos da algo de tiempo uno puede usar maniobras que pueden ayudar, como el MSC o el registro intraesofágico, y sin dudas lo que usted plantea un interrogatorio concreto y rápido nos puede ayudar enormemente, no olvidándonos nunca lo que usted plantea "toda taqui con QRS ancho es una TV hasta que demostremos lo contrario", un gusto y gracias por participar de la discusión de este caso, no se si se acuerda pero el año pasado en el congreso uruguayo presentamos un trabajo sobre ablación de TIN con técnica simplificada y tuvimos el honor que usted fuera uno de los jurados, lo que no hizo más que enriquecer nuestra presentación,

Un abrazo

Francisco Femenia

Estimado amigo,

Coincido totalmente con sus comentarios, y me alegro que haya mencionado el registro intraesofágico, de tanta ayuda y que parece haber pasado de moda.

Por supuesto recuerdo su trabajo y muchos otros que Ud. ha presentado en diversos congresos.

Aprovecho para felicitarlo por su actividad y su producción científica.

Un abrazo,

Walter Reyes

Estimados colegas Drs. Femenia y Reyes, estoy muy de acuerdo con ambos comentarios. Siempre se debe considerar una taquicardia con QRS ancho como ventricular, pero tener en cuenta que según la estabilidad hemodinámica del paciente debemos optar por una cardioversión inmediata. Las TV nos dan esa inestabilidad hemodinámica más que las abarrantes.

En cuanto a la amiodarona, aquí en España se han convertido en droga principal cuando el paciente ingresa por urgencias: un error en muchas ocasiones como también los tratamientos crónicos con la misma. En muchas ocasiones visito pacientes que llevan 15 y 20 años con amiodarona y cuando intentas retirarla, se manifiestan de manera reacia al cambio por otros fármacos con menos efectos secundarios.

En mis primeros años de formación utilizábamos (en el Instituto de Investigación Cardiológica de Saint Petersburg) la estimulación transesofágica con muy buenos resultados.

Un saludo para todos,

Dr. Oswaldo Londono - Barcelona

-

Ni que hablar de pacientes con FA crónica, establecida, Al grande, etc, etc,..... y frecuencia cardíaca controlada!!!! que siguen tomándola, pero como usted dice, cuando intentamos hacer un uso racional de las drogas, ni el paciente y en muchos casos el médico de cabecera están de acuerdo en su suspensión, como decimos por acá, es lo que hay, pero de a poco vamos mejorando,

Saludos

Francisco Femenia

PD: podriamos ya que estamos con las encuestas hacer una sobre como creemos que se debe manejar una FA en urgencias y en forma ambulatoria, como se manejan en la practica en cada uno de nuestros centros (no recitando las guías o normas), sino intentando mostrar la realidad de cada uno de nuestros centros, les comento algo: estamos analizando una serie de pacientes (mas de 700) de nuestra unidad con marcapasos definitivo, y viendo el subgrupo con FA, les llamará la atención como a nosotros, cuando mande los números, el subdiagnóstico que se hace de la FA, el olvido que se hace de la misma una vez puesto el marcapasos, ni que hablar cuando son dependientes y el ritmo que se ve en el ECG es solamente el de estimulación, llevando todo esto a un nivel de anticoagulación muy bajo a pesar de tener un Score CHADS2 de 2 puntos o más (80% de la serie), con una alta incidencia de eventos embólicos graves. Estamos trabajando para solucionar esto, después les cuento en que termina, pero estaría bueno hacer una encuesta de esta gran epidemia que es la FA,

Saludos

Francisco Femenia

Estimado Femenía,

creo que Ud. ha tocado el tema quizás más importante desde el punto de vista epidemiológico de nuestra especialidad, la FA.

Aprovecho su comentario para hacerle a Ud. y a los demás integrantes de este foro, un anuncio. El Consejo de Arritmias de la Sociedad Sudamericana de Cardiología, del cual circunstancialmente estoy encargado, está planificando una "Encuesta de prevalencia de la FA en la consulta Cardiológica". En breve espero que todos reciban la información correspondiente y es mi esperanza que un numero significativo de colegas latinoamericanos participen de la misma. El mecanismo será sencillo; consiste en que, durante un lapso de tiempo definido, que podrá variar entre 2 semanas y un mes, cada vez que veamos un paciente con FA, llenemos una pequeña ficha con no mas de 10 datos (lleva 2 minutos hacerlo). Deberá informarse además cuantos pacientes sin FA se han asistido en el mismo período (el numero global). Esa ficha, o bien es enviada por fax o correo o los datos son ingresados en un link que habrá en la página web de la Sociedad Sudamericana. Es razonable pensar que en poco tiempo podamos reunir miles de pacientes y la información obtenida seguramente nos permitirá conocer la realidad y planificar medidas para mejorarla. El primer paso para poder modificar la realidad es conocerla y esa es la finalidad de esta encuesta. La idea sería presentar los datos en el próximo congreso sudamericano de cardiología que será en Montevideo en setiembre de 2010.

Espero contar con su apoyo y con el de todos los integrantes de este foro.

Saludos,

Walter Reyes

Hola Edgardo!

Pido disculpas porque no encuentro el material que menciona Luis Roca (a quien aprovecho para mandarle un gran saludo en el Día del Amigo, igual que a vos y a los queridos amigos del foro).

Si se me permite, una sugerencia es que, a continuación del diagnóstico diferencial de las taquicardias con QRS ancho, se tenga siempre presente la clasificación de la TV, ya que tiene claras implicancias terapéuticas.

Un fuerte abrazo.

Jorge González Zuelgaray

