

Hombre de 56 años que presenta episodios de TSV y quién es portador de eosinofilia – 2010

Dra. Licette Yépez

Estimado(s) doctor (es), solicito ayuda en este caso.

Les presento el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 56 años de edad, originario y residente en Galicia, España. Con múltiples desplazamientos temporales a distintos países (Brasil, Argentina –Patagonia- Marruecos, Egipto, Túnez, México Etc.)

Presenta TSV por posible reentrada nodal sintomática y frecuente de aproximadamente 7 años de evolución, intensificándose las crisis en este año (6 episodios, el más largo de 70 minutos) asociados a disnea y opresión precordial no relacionados con el esfuerzo en un 99%.

El estudio ecocardiográfico reporta: AD, AI y VD de tamaño normal. VI con función sistólica global y segmentaria conservada. Raíz aórtica normal. Válvulas tricúspide, pulmonar y aórtica de morfología y función conservadas. Válvula mitral con muy ligera regurgitación con válvula morfológicamente normal. No presenta masas, vegetaciones o derrame pericárdico.

Antecedentes Patológicos: Dislipemias, otoesclerosis, litiasis renal, Microaneurisma de arteria cerebral. Dolor sordo en hipocondrio izquierdo, de 7 años de evolución.

Recientemente tratado por Gardnerella vaginalis, Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis (Asintomático. Diagnóstico por cultivo de flujo vaginal de su pareja al desarrollar una vaginosis bacteriana).

Examen físico:

TA: 122/90 mm Hg

COR: Regular s1-s2 sin soplos o galope

PULM: Murmullo vesicular bilateral conservado

EELL: Sin edema, pp 2/2 simétricos y conservados.

Analítica:

Tiroideas normales.

Glucosa: 108

Urea: 44

Hipercolesterolemia (Colesterol total: 241, HDL: 42, LDL: 170)

Eosinofilia (valores relativos: 7,30% y valores absolutos: 0,48 mil/mm³)*

Resto de la serie blanca y roja: Normal

*Con respecto a la eosinofilia, se revisa todos los análisis anteriores y se confirma que existe una eosinofilia (Síndrome hipereosinofílico ¿?) de 8 años de evolución aproximadamente siempre con valores oscilantes entre 7 y 10%.

Por recomendación médica (sin tomar en cuenta la eosinofilia) se le ha propuesto realizar estudio electrofisiológico y ablación con radiofrecuencia.

Mis dudas son las siguientes:

1) En vista de que la eosinofilia no se corresponde con problemas alérgicos (no evidenciados) y obviando la posibilidad de neoplasias y la causa idiopática; ¿Podría ser que la eosinofilia tuviese una causa parasitaria (Strongiloideos, Toxocara Canis, Cisticerco, Helmintos lumbricoidales, Trypanosoma -aun con ausencia de bloqueo de la rama derecha-. Y otros más. ¿Y que la fisiopatología parasitaria sea el desencadenante de la arritmia; de la ligera regurgitación mitral y del microaneurisma?

¿Hacia donde debo enfocar la búsqueda de la etiología eosinofílica?

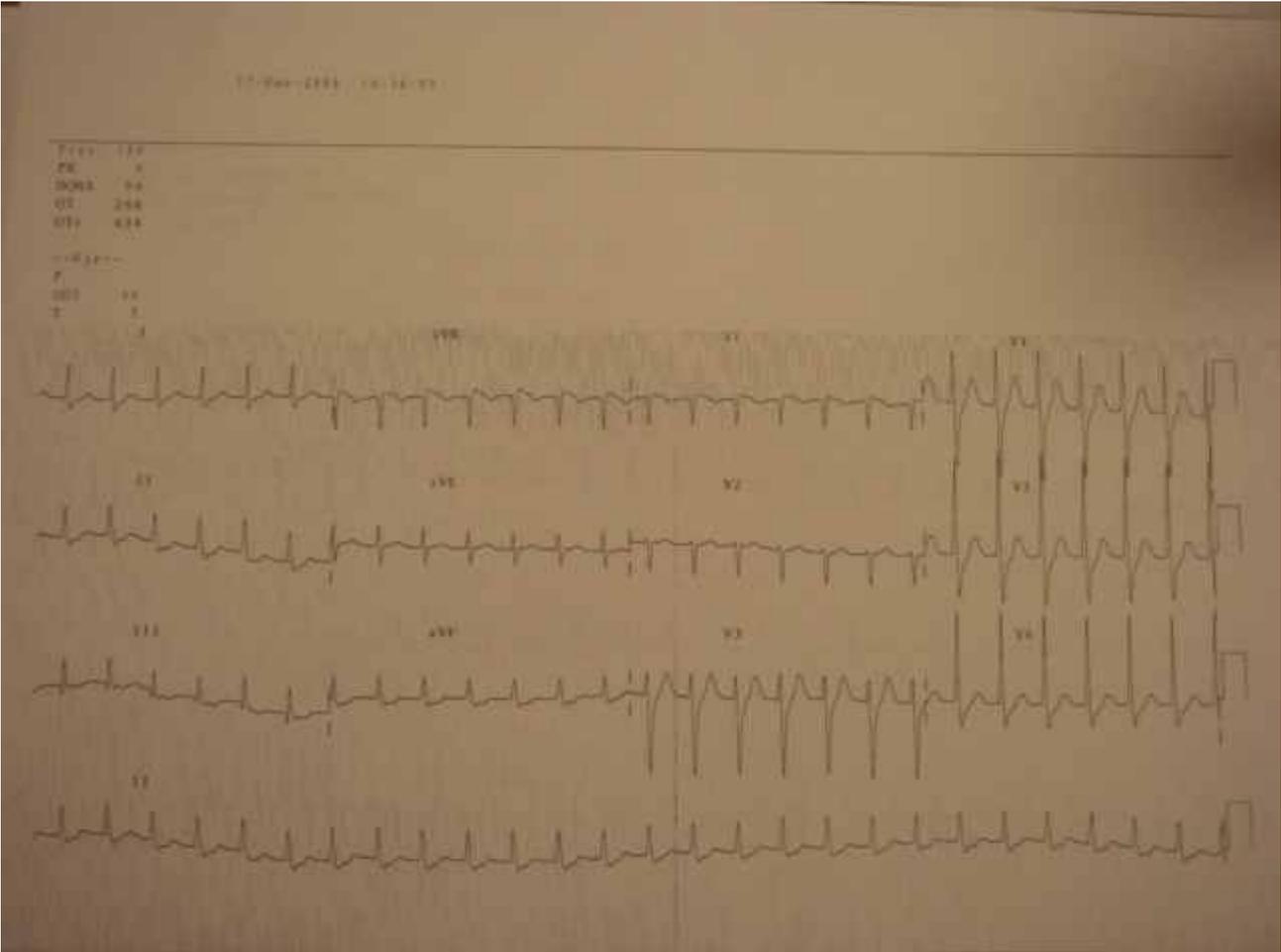
2) Si se logra descartar esta hipótesis sobre la etiología parasitaria de la arritmia y está indicada la ablación ¿no es mejor la crioablación con respecto a la radiofrecuencia?

Por último, adjunto fotos de los registros electrocardiográficos que se corresponden en orden cronológico de la siguiente manera:

Esperando sus opiniones y recomendaciones,

Queda agradecida,

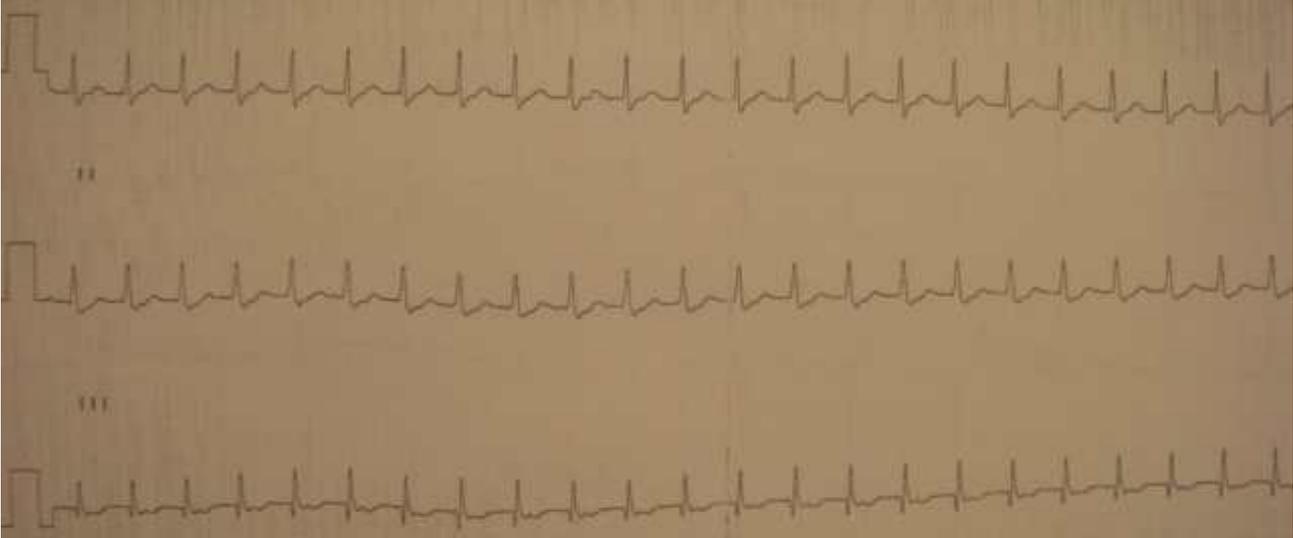
Licette Yépez.



8/10/08

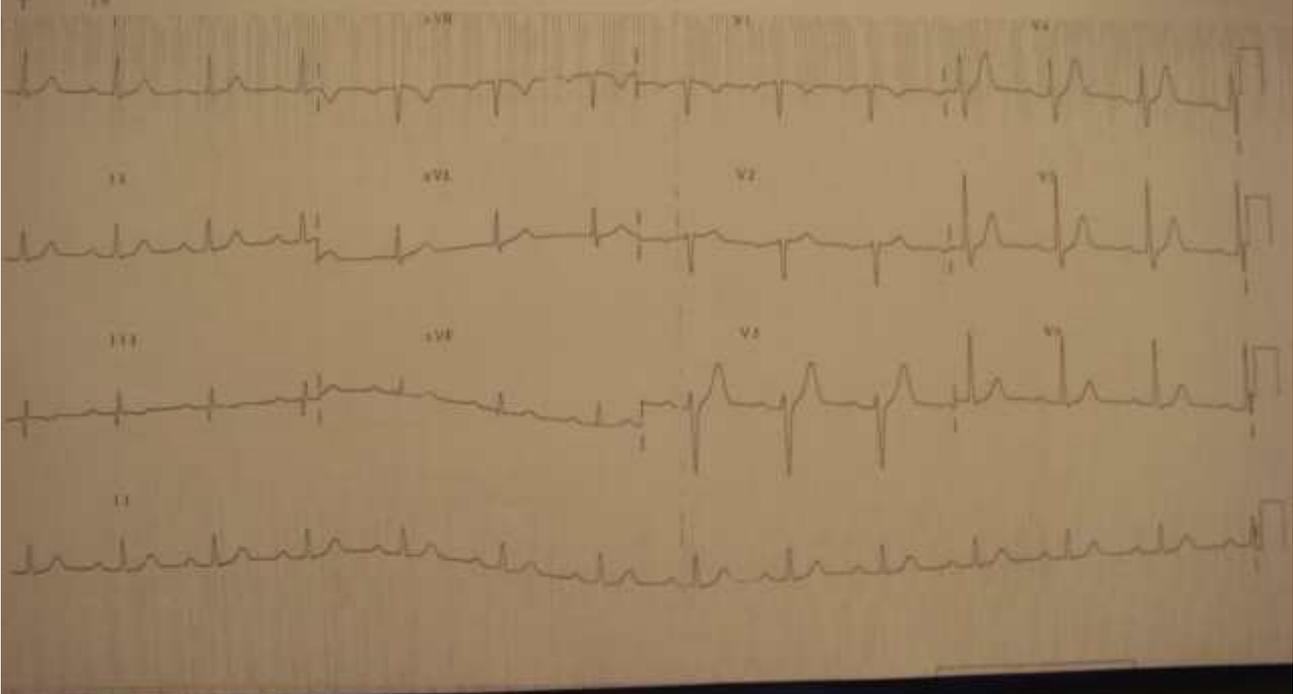
C/Dolor.

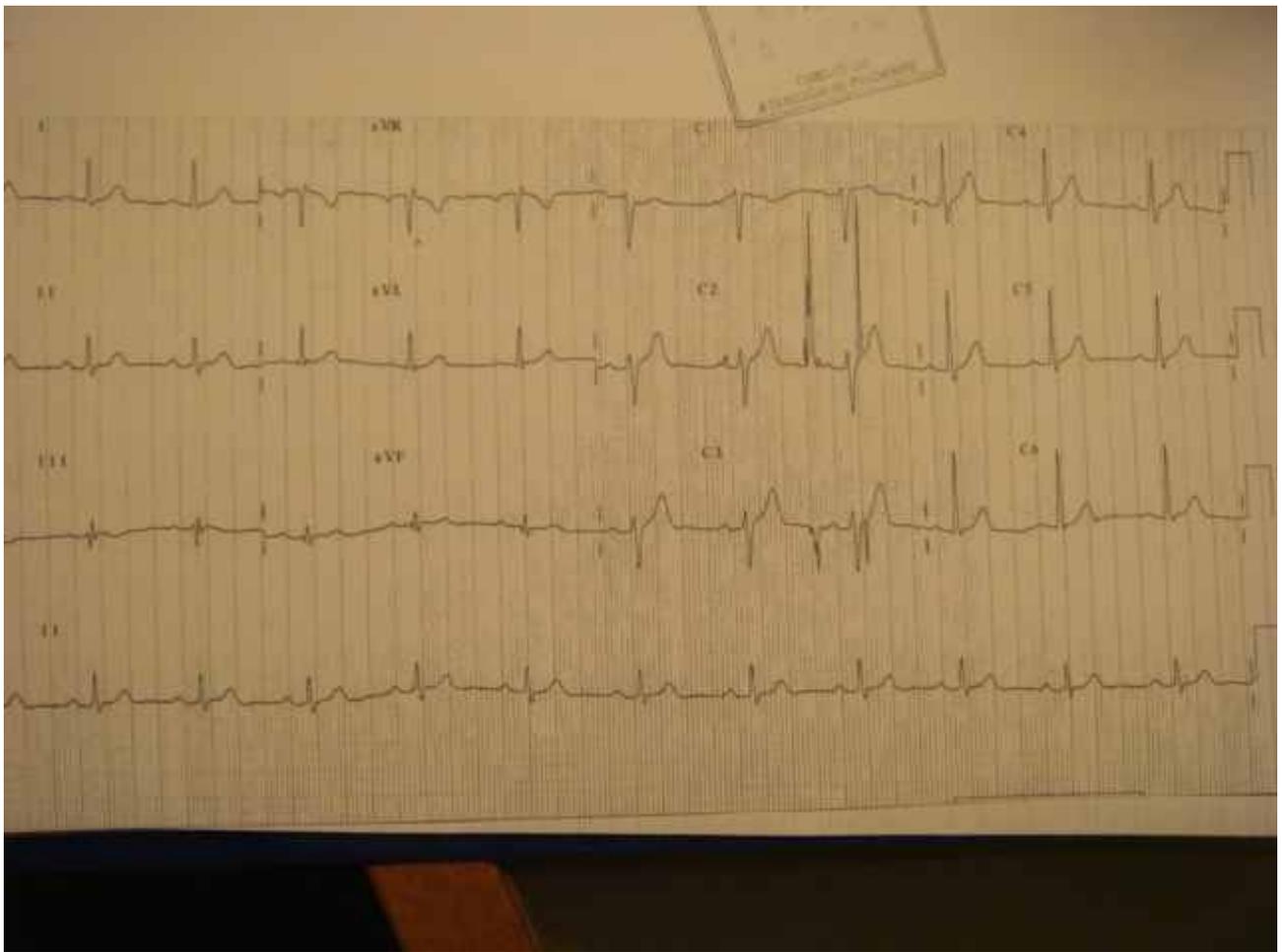
25 mm/sec
10 mm/mV
P.N. 5.05 Hz - 40 Hz

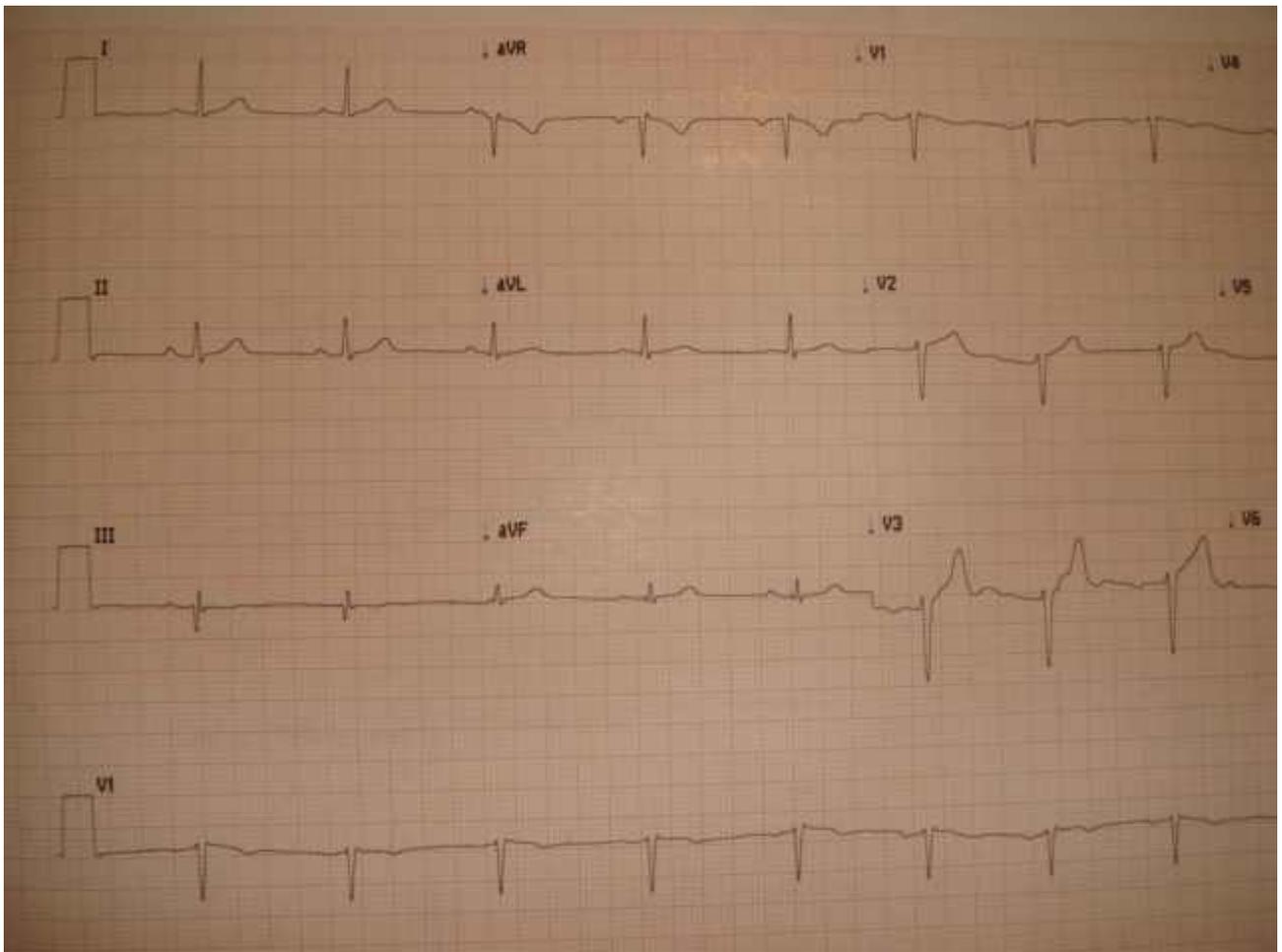


QT 338
QTc 348
PR 160
QRS 117
T 158

17/01/08









OPINIONES DE COLEGAS

Apreciada Colega(as), caso interesante ya que el síndrome hipereosinofílico conlleva a una fibrosis endomiocárdica (miocardiopatía restrictiva) sea enfermedad de Davies o Loeffler según el clima templado de la zona.

El paciente es un nómada que ha frecuentado las zonas endémicas. Según la historia clínica no se ven afectaciones importantes valvulares (ecocardiografía sin dilatación de cavidades y conservación de la FE) ECG sin signos de hipertrofia VI. Personalmente considero que sería prudente realizar una ablación, la cual no representa ningún riesgo sino que evitaríamos el desarrollo de una miocardiopatía dilatada. Control ecocardiográfico una vez al año.

Saludos a todos,

Dr. Oswald Londono

Centre Mèdic i Cardiològic

Barcelona

Querida Licette:

Independientemente del origen de la eosinofilia, comparto la opinión de realizar la ablación de la TPSV. Además le daría tratamiento con estatinas.

Ahora intentemos aclarar el origen de aquélla.

No hay por los elementos que aportas, alguno para pensar en una miocardiopatía eosinofílica, que como ha comentado el Dr.Londono ya que no se observan signos ecocardiográficos de restricción.

Este cuadro es muy frecuente en Paraguay y quizás Luciano pudiera hacernos algunos aportes que siempre son de calidad y muy esperados.

Tenemos pacientes afectados por Enfermedad de Chagas que cursan con eosinofilia, pero son los menos.

No obstante, nada perderíamos con realizar un estudio serológico que incluya por lo menos dos reacciones (Hemoaglutinación indirecta y ELISA, por ejemplo) La mayoría de los parasitados con T Cruzi tienen ECG normal y explicar por ello una mínima insuficiencia mitral no lo creo posible.

Personalmente realizaría estudio parasitológico de materia fecal incluyendo Test de Graham, que quizá pueda ayudarnos a aclarar el panorama.

En otro orden, no creo que exista la más mínima relación entre el microaneurisma hallado en el territorio cerebral y la arritmia detectada.

Espero que puedas seguir avanzando en el diagnóstico de esta enigmática eosinofilia que siempre nos plantea enormes desafíos.

Afectuosamente

Edgardo Schapachnik

Estimados Doctores, y demás colegas, ante todo agradeceles sus opiniones, sobre todo porque he estado inactiva profesionalmente durante al menos 12 años y estoy levantándome de mi letargo en compañía de ustedes. Todos los casos son considerablemente interesantes y los voy disfrutando enormemente. Estos años de ausencia me dejan unas enormes lagunas.

Les mantendré informados del desarrollo del caso.

Sin embargo, Dr. Edgardo, en caso de que la parasitosis fuese ocasionada por *Trichinella spiralis* o *Strongylus* ¿tampoco lo relacionaría con el aneurisma? ¿Y con la arritmia?.

Un abrazo y gracias.

ah! y por último, ¿que técnica les parece mas adecuada para la ablación?

Licette Yépez.

Querida Licette:

Vamos de lo que sabemos algo a lo que sabemos nada:

Respecto de si ablación por radiofrecuencia o crioablación debe quedar a criterio del electrofisiólogo que la practique.

En general, por lo menos en nuestro medio, hay mayor experiencia con el uso de la radiofrecuencia.

Pero ambos procedimientos son eficaces en manos expertas.

Respecto la pregunta que haces sobre parásitos, teniendo en cuenta que soy cardiólogo clínico te diré que para nada pensaría en una triquinosis que tuviera 7 años de evolución. Es cierto que la triquinosis puede dar cuadros de miocarditis y vasculitis, pero entiendo que ello sucede en agudo.

Respecto al *Strongylus*, que yo sepa en mi ignorancia, es un nematode que afecta preferentemente a los equinos, en los que efectivamente puede producir aneurismas. Pero lo ignoro en el humano.

En el Foro hay distinguidos colegas veterinarios que quizás puedan ayudarnos y enseñarnos algo del tema, si es que leen estos mensajes.

Y si lo deseas, también puedo consultar con parasitólogos amigos.

Pero más allá de lo teórico, le pediría a tu paciente un examen parasitológico de heces con un Test de Graham.... y luego seguimos hablando

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Perdón Licette y Edgardo por mi respuesta tardía. Definitivamente, no comparto la idea de que pudiera ser una Fibrosis Endomiocárdica, cuyas características ecocardiográficas están muy bien descritas. Una ECO normal descarta esa posibilidad. Con tantos desplazamientos migratorios, haría exámenes seriados de heces para buscar parásitos (es lo más probable a mi modo de ver). La eosinofilia -no siendo porcentualmente despreciable- no es tan impresionante como la que solemos ver por estos lares (el *S. stercoralis* es el que más eosinofilia causa conforme a estadísticas nacionales, con valores superiores al 20%). Ese valor hasta podría ser causado por *G. lamblia*, parásito cosmopolita que, a propósito, es asociado a arritmias sobre todo en niños. El microaneurisma cerebral es un

hallazgo casual que no tiene nada que ver con la arritmia. No sé cuántos episodios anteriores de TPSV ha tenido el paciente. Creo que mi decisión de mandarlo ablacionar dependería de la actividad profesional que tenga y si los episodios se hicieron muy frecuentes. Si no realiza actividades que entrañen riesgo para sí y para terceros podría esperar. Espero que mis amigos arritmólogos no se molesten conmigo.

Abrazos para todos.

Luciano Pereira

Estimados amigos, agradezco su interés y su ayuda. Les mantendré informados.

Abrazos,

Licette Yépez.