

Paciente masculino de 55 años que presenta un primer episodio de FA – 2013

Dr. Alberto Morales (QEPD)

Queridos amigos, deseo que estén bien.

Quiero consultar con ustedes cual seria vuestro manejo ante un probable 1er episodio de FA en un paciente de 55 años, revascularizado hace 4 años y con infarto cardioembólico hace dos años, del cual se recupero sin secuelas y tras lo cual se incorporó anticoagulación oral.

Al EKG FA de respuesta ventricular aceptable (aprox 90 por min) desde aprox 10 días, aunque no se descarta que sea de aprox 1 mes de duración (fecha del penúltimo EKG).

ECO: VI remodelado, con aneurisma apical y aquinesia apical, septoapical y septo medial (eje largo paraesternal) y FE 35-40%

Las dudas del manejo serian:

- a) ¿Estrategia de solo control de la frecuencia cardiaca vs alternativa de cardioversión farmacológica más control de frecuencia?
- b) ¿Se puede intentar la cardioversión eléctrica si existe un trombo en apex de VI que impresione calcificado?

Alberto Morales (QEPD)

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Alberto no comprendo el planteo

Referís FA y episodio cardioembólico por lo que se inicio anticoagulación pero luego referís aneurisma apical con trombo organizado. Si descartaron por ecotransesofagico trombo en la orejuela de AI, lo más probable que la fuente embolígena fuera el trombo apical y no la FA con trombo en orejuela AI la fuente embolígena.

Si está adherido y organizado y ya se encuentra antocoagulado hace tanto tiempo (2 años) no encuentro contraindicaciones para cardioversión eléctrica.

Tiene un adecuado control de la frecuencia cardíaca actualmente, ¿por qué intentar la cardioversión sea farmacológica como eléctrica de su FA si los estudios de morbimortalidad encontrándose anticoagulado solo difieren en sus resultados en el control del ritmo de su FA por debajo de 85 lat min.

¿Por qué ensañarse con su FA (perdón la expresión) si es bien tolerada y se encuentra anticoagulado, que esperarías de retornarlo a ritmo sinusal?

Con la cardioversión retornará a su FA en poco tiempo por su cardiopatía de base, el único tratamiento definitivo y no exento de riesgos es la ablación de su FA.

De no ser posible esto último, continuaría con la terapéutica actual sin realizar procedimientos que aumenten la morbimortalidad del paciente.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Seria interesante que enviaras el trazado electrocardiografico y la imagen del trombo, contribuiría a la presentación de tu paciente.

Seria interesante conocer qué piensan los especialistas en arritmias.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Querido Martín

Por qué numeró Ud con un "1" y luego no numeró mas? ¿Lo hará en siguientes emails?

Yo no estoy seguro que los estudios que Ud refiere de morbimortalidad cubran todos los aspectos.

Por ej: ¿han el AFFIRM, RACE, y demás estudios de ritmo vs frecuencia, evaluado la tolerancia al ejercicio? Digo, tolerancia al ejercicio no es el parámetro de calidad de vida más importante?

Son solo mis dudas

Lo saludo cordialmente

Adrián Baranchuk

Querido Adrián, tiene Ud razón ni idea porqué enumeré algo que no continué después.
¿Eso desmerece lo que planteé?

El paciente no solo padece de FA, tiene una miocardiopatía con baja FEY, En el estudio AF-CHF con FEY menor del 35% el 60% de los pacientes tuvieron recurrencia de su FA en el seguimiento con tratamiento antiarrítmico.

En los estudios AFFIRM y RACE no fueron diseñados para evaluar la FA en pacientes con baja FEY, ¿te parece poco la morbimortalidad?

No encuentro que la FA afecte su calidad de vida, tiene baja FEY obviamente esto afectará su calidad de vida y morbimortalidad, no creo ni en FA o ritmo sinusal sea capaz de realizar una carrera.

Solo le indicaría caminatas lo que contribuirá a su calidad de vida y morbimortalidad.

Los pacientes que mayor beneficio reciben de la ablación de la FA son los menores de 65 años, sin cardiopatía estructural y las formas paroxísticas de FA.

Desconozco el volumen auricular izquierdo. Este paciente según refirieron padece una FA persistente, no una forma paroxística, obviamente asociada a comorbilidades y cardiopatía estructural, por lo que te referí no creo se mantenga en ritmo sinusal por mucho tiempo.

Querido Adrián, obviamente vos tenés tu propio pensamiento de la conducta que decidirías con el paciente y tenés todo el derecho de reservarte el derecho de expresarla.

¿Por qué parámetro vos pensarías que debería estimarse objetivamente la tolerancia al ejercicio?
¿test de la caminata de los 6 min por ejemplo?

Me resulta muy instructivo para mí tu conocimiento en el tema, sabés me encanta la crítica y aprendo de ésta y me lleva a releer y repensar mis planteos.

Te mando un abrazo

Martin Ibarrola

Hola muchachos, debe tener seguro una gran aurícula por lo que la posibilidad de revertir la FA a ritmo sinusal es muy baja. Yo lo dejaría como está.

¿Tiene sustrato modificable la miocardiopatía?

Si empeora la clase funcional con tratamiento farmacológico óptimo evaluaría la posibilidad de TRC. Saludos

Francisco Femenia

Queridos Adrian, Pancho y Martin

1. El paciente tiene un aneurisma apical y gran trombo a ese nivel, además séptum septo

apical de 4 mm (signo indirecto de áreas no viables)

2. Al normal, pues no hay insuficiencia mitral, ni afectación del aparato subvalvular mitral.

3. Gran contraste espontaneo en AI (mañana le haremos ETE)

Por este sustrato creo que aunque lo saquemos eléctricamente ahora de su supuesto 1er episodio de FA tras una CVE, volverá a la FA, por lo que no me gustaría concentrarme solo en la estrategia de control de la FR ventricular y prevención de cardioembolia con anticoagulantes.

Considero que la presencia de un gran trombo apical aunque sea viejo, calcificado y exista anticoagulación adecuada, no quita el riesgo de tras una trompada en el pecho de un boxeador superpesado (equivalente al impacto de la descarga de la CVE) de que se fragmente el trombo y se facilite la cardioembolia. ¿Puede la anticoagulación diluir un trombo calcificado que se aloje en territorio cerebral?

Si hablamos de calidad de vida, hay que tener en cuenta la posible consecuencia de un AVE tras la CVE.

5 El caso lo llevaré al discutir en colectivo con mis colegas electrofisiólogos

4 Hasta la victoria siempre, sin que el orden de las ideas cambien la admiración hacia ustedes

Alberto Morales (QEPD)

Apreciados colegas

El ETE confirma los hallazgos del ETT, mala función, aneurisma y trombo apical, Aurícula izquierda de dimensión normal, no insuficiencia mitral. Además no trombos en orejuela Izquierda, a pesar del contraste espontaneo en ambas cavidades izquierdas.

No fui claro en mi mensaje anterior, definiendo la estrategia de a) no cardioversión eléctrica, b) control de la frecuencia cardiaca con betabloqueadores (y/o digital), c) añadir amiodarona para prevención de MS y d) tiene criterio de DAI.

No hemos evaluado los parámetros de resincronización por eco, pues no tiene BRIHH.

Abrazo

Alberto Morales (QEPD)

Yo me inclinaría por control de la frecuencia cardíaca con toda la terapia óptima para ICC asociado a la anticoagulación plena, el resincronizador con FA y aneurisma no me convence mucho de entrada, por los datos que tengo opto por manejo conservador, me gustaría saber la edad del paciente, el QRS, la función renal y clase funcional

Carlos Rodríguez
