

ATENEO CENTRAL

Miércoles 26 de Julio 2017



- **Sexo:** Masculino
- **Edad:** 73 años
- **Motivo de Consulta:** evaluación cardiovascular prequirúrgica



Enfermedad Actual

- Consulta por consultorio externo de Cardiología para evaluación cardiovascular prequirúrgica para biopsia prostática, constatándose de forma asintomática en el ECG, taquiarritmia con QRS ancho, sin descompensación hemodinámica.



Factores de Riesgo Cardiovascular:

- Dislipémico
- Tabaquista
- Sedentario

Antecedentes Cardiovasculares:

- 2011 → ACV isquémico, sin secuelas
- Disnea CF II de años de evolución a >600 mts



Otros antecedentes:

- EPOC
- 2007 → Meningitis por neumococo
- Amputación traumática de 2º y 4º dedo de mano izquierda
- Apendicectomía
- Próstata aumentada de tamaño en estudio



Medicación habitual

- Citicolina 100 mg + Nimodipina 30 mg
- Vit B6, B9 y B12 + AAS 100 mg
- Memantine 10 mg
- Tiotropio inhalado
- Salbutamol SOS



Examen Físico

Signos Vitales:

FC 75 lpm - **FR** 16 rpm - **TA** 105/70 mmHg bilateral **T** 36°C - **SatO2** 96% FiO2 21%.

Neurológico:

- Lucido, vigil orientado globalmente.

CV:

- Ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio, no se auscultan soplos carotideos.
- R1-R2 normofonéticos, sin R3-R4, no se auscultan soplos cardiacos.

Respiratorio:

- Hipoventilación generalizada, escasos roncus.

Abdomen:

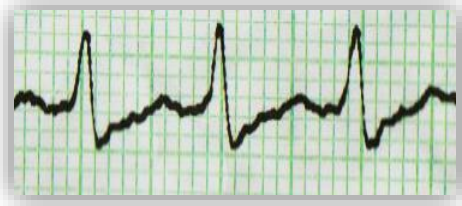
- Blando, depresible e indoloro RHA (+).

Extremidades:

- Pulsos periféricos conservados y simétricos. Sin edemas en mmii, ni signos de TVP.

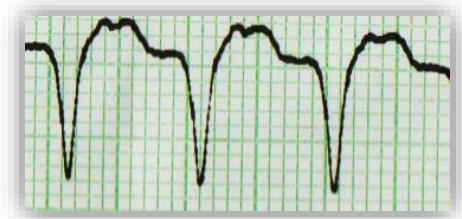


ECG de Consultorio



D

DI



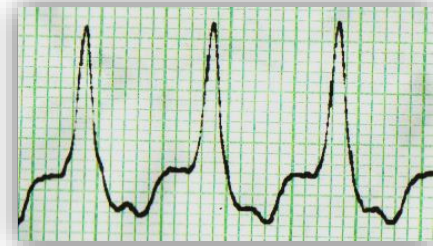
aVR



V1



V4



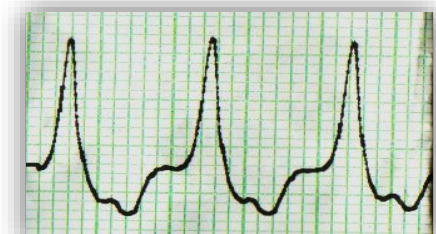
aVF



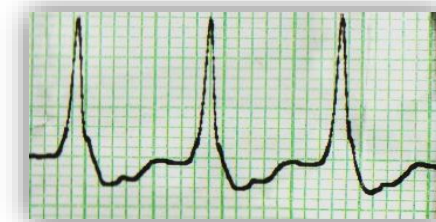
V3



DII



aVL



V2



V5

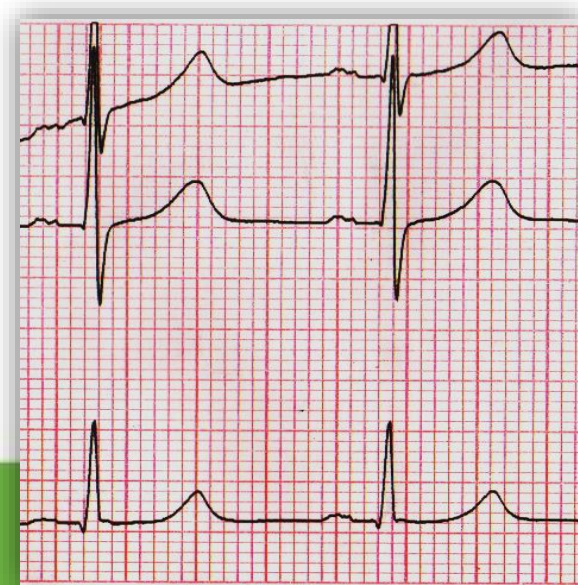
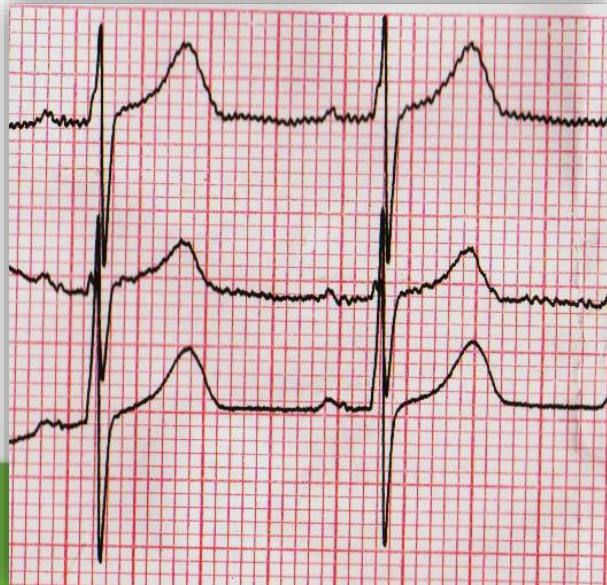
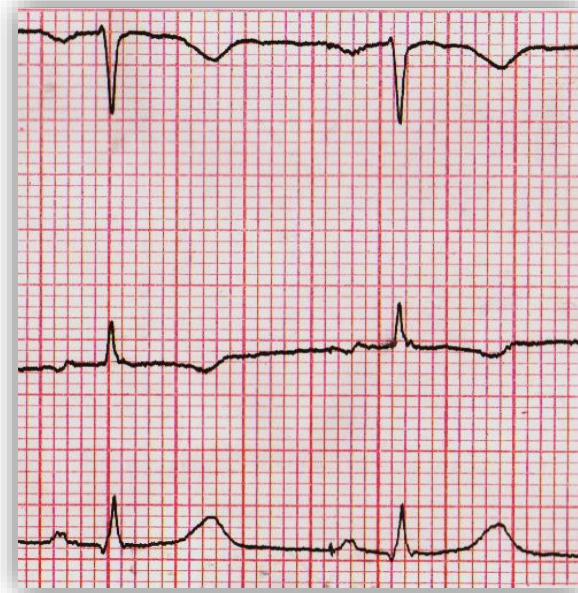
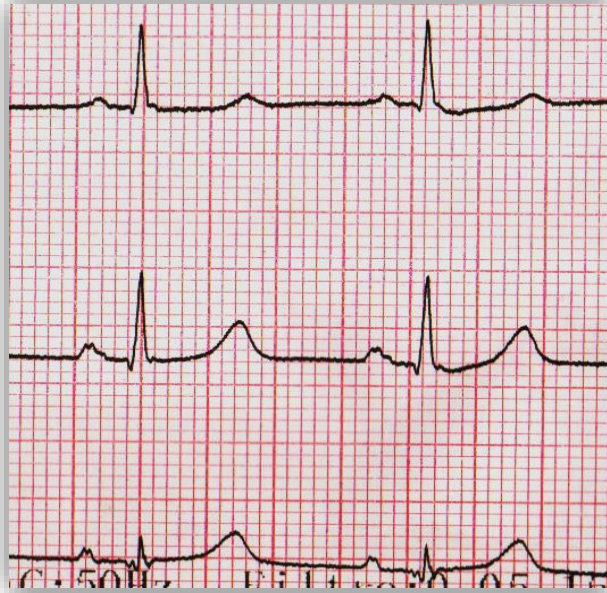
V6



- Conducta?



ECG ingreso a UCO



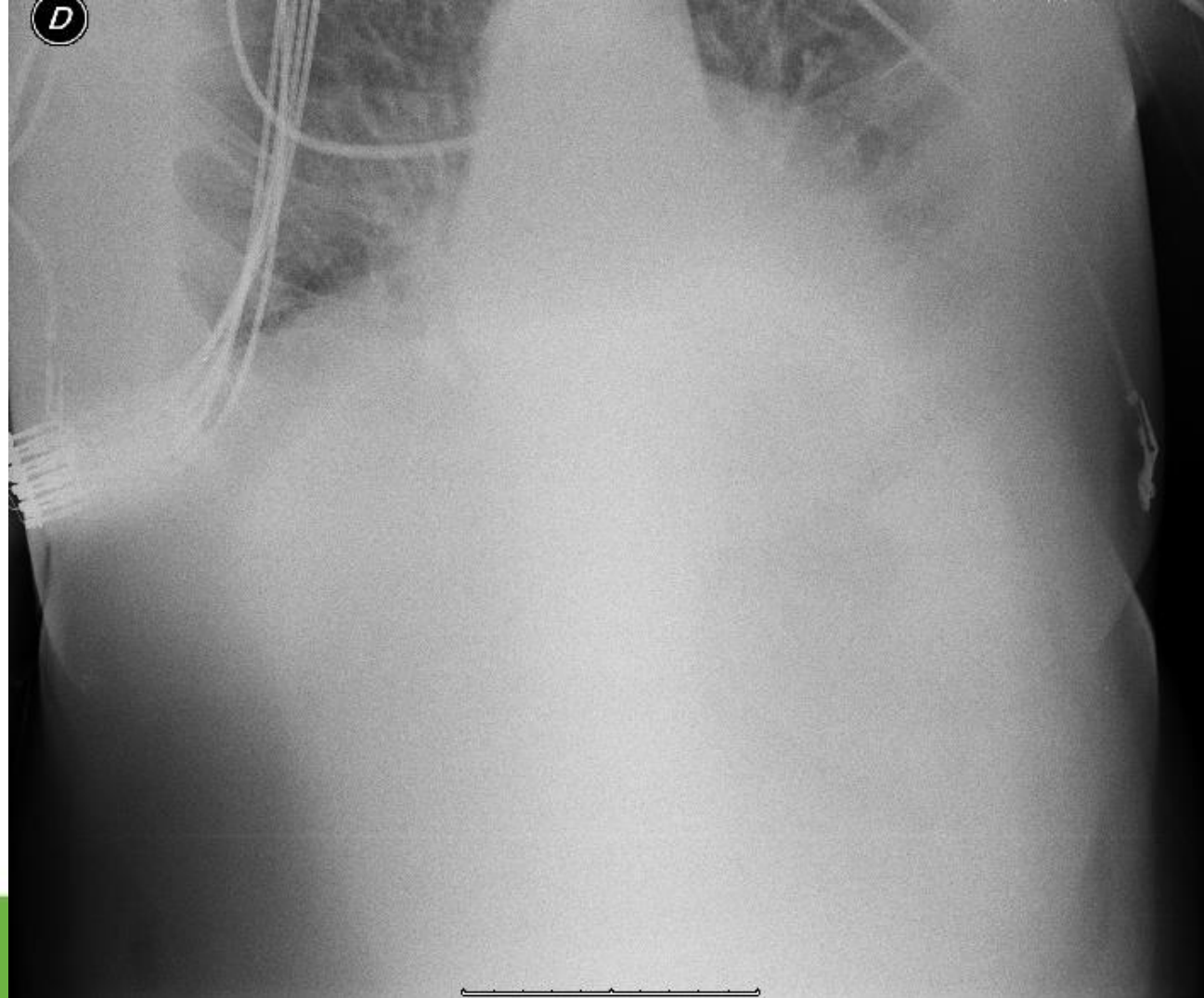
Laboratorio

GB	6710
Hto	41,2
Hb	13,4
PI	216000
GI	88

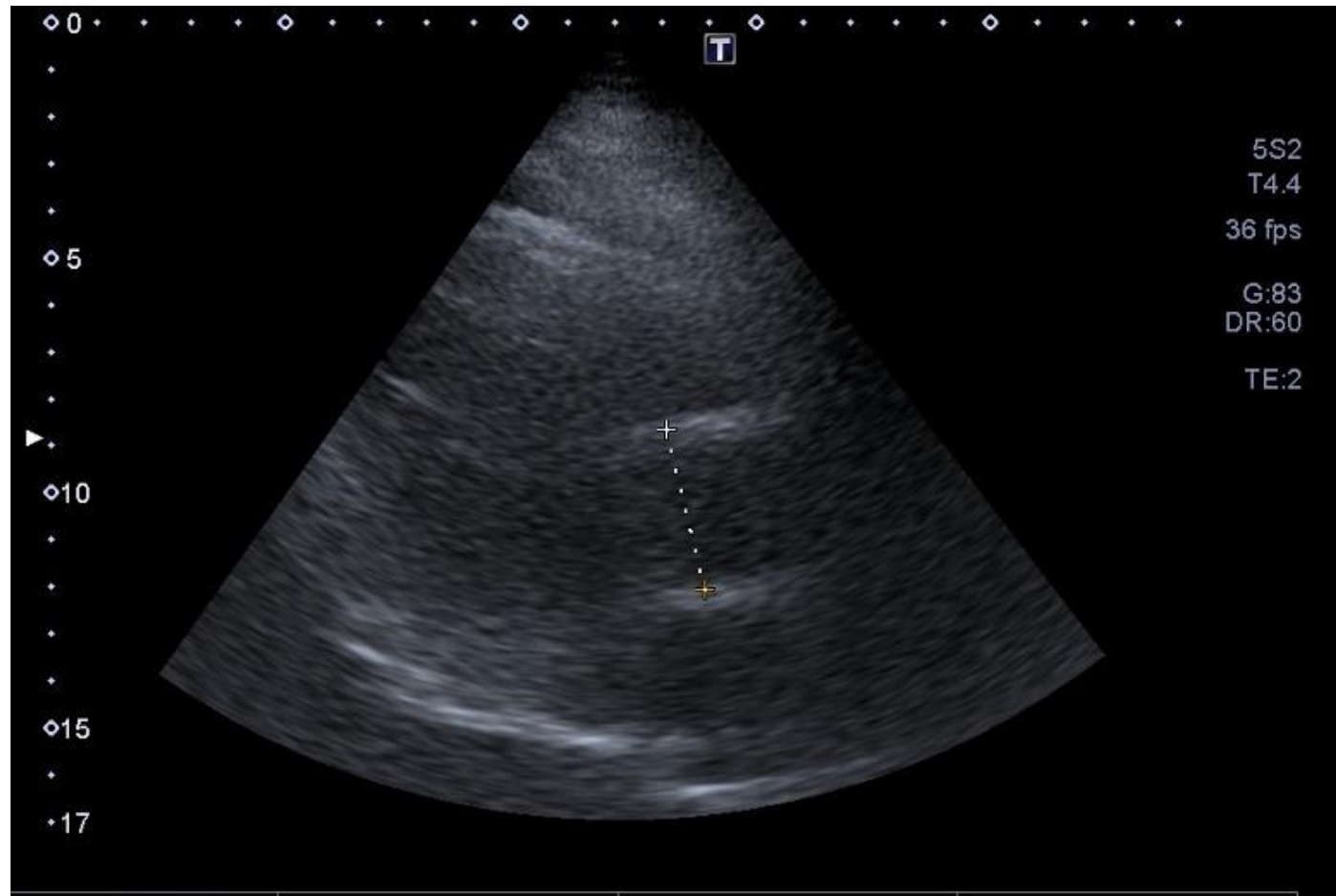
Na	138
K	4,4
Cr	1,16
U	40
ClCr	62 ml/min

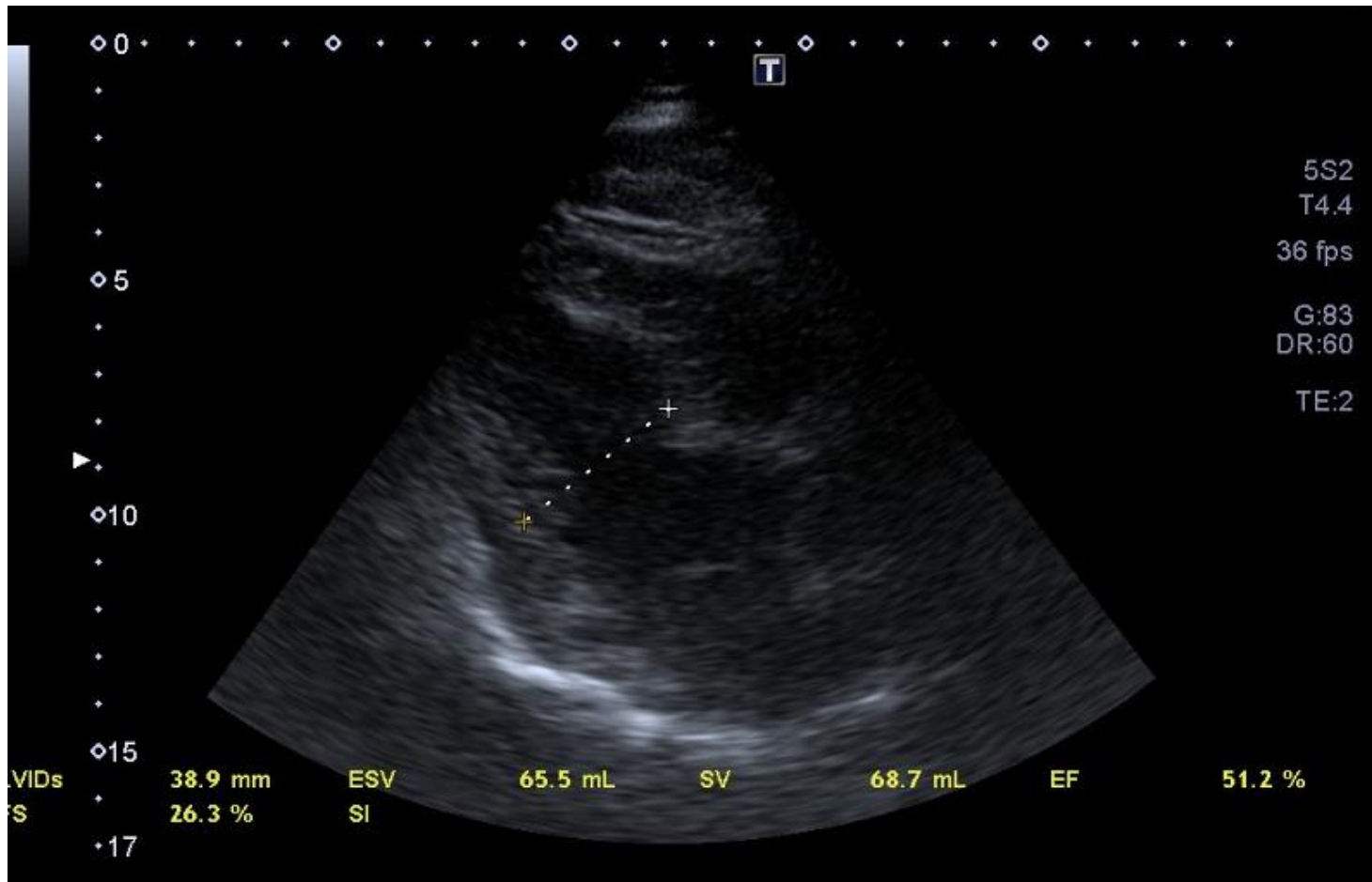


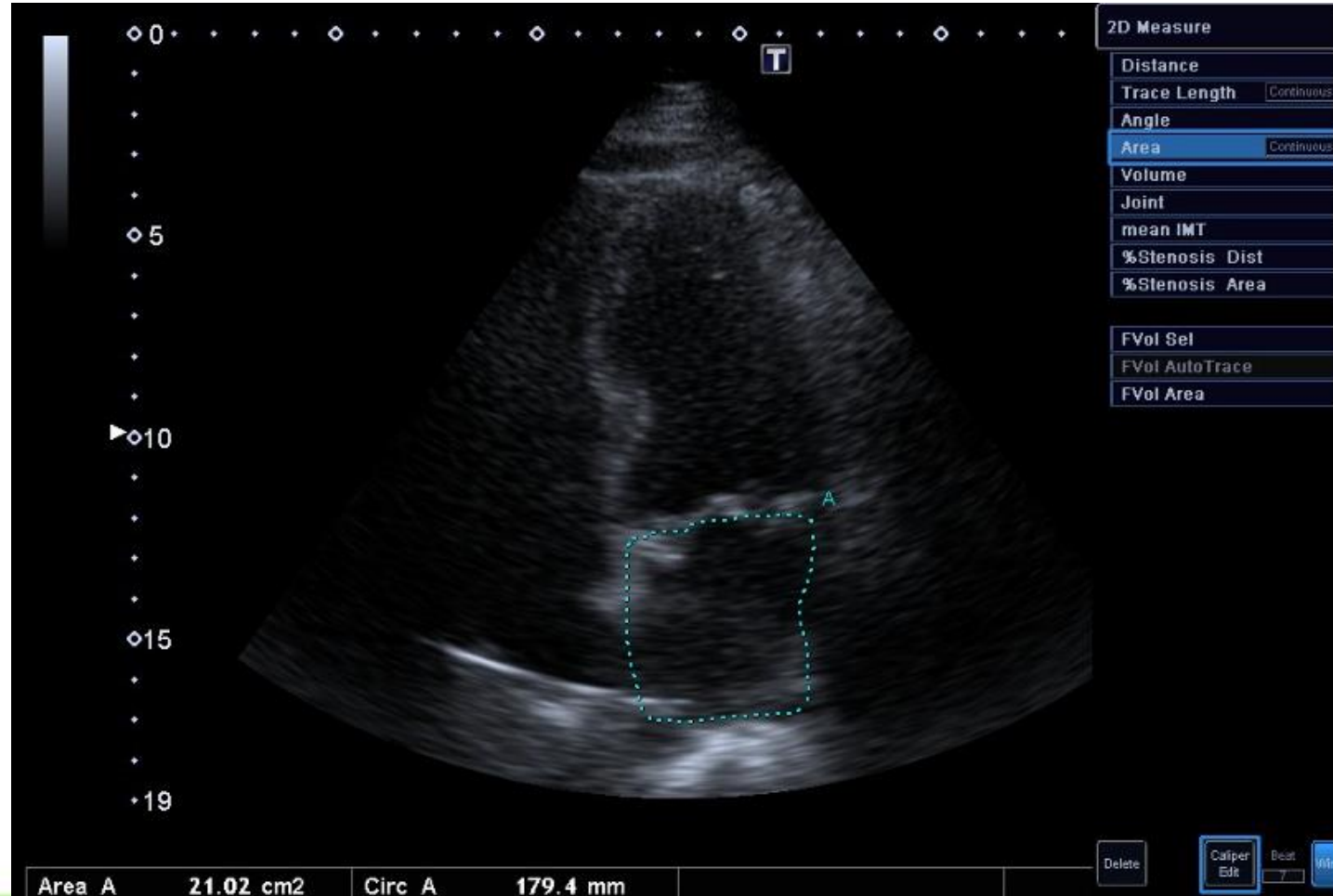
Rx de torax

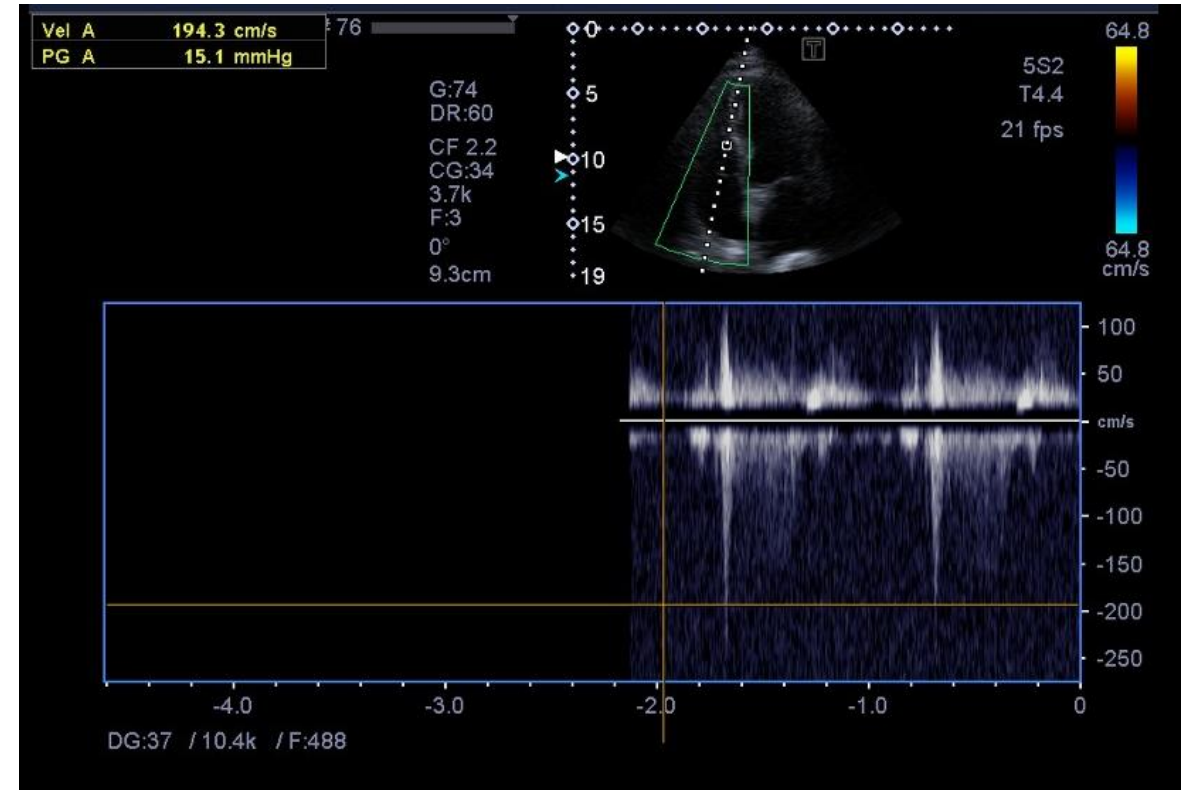
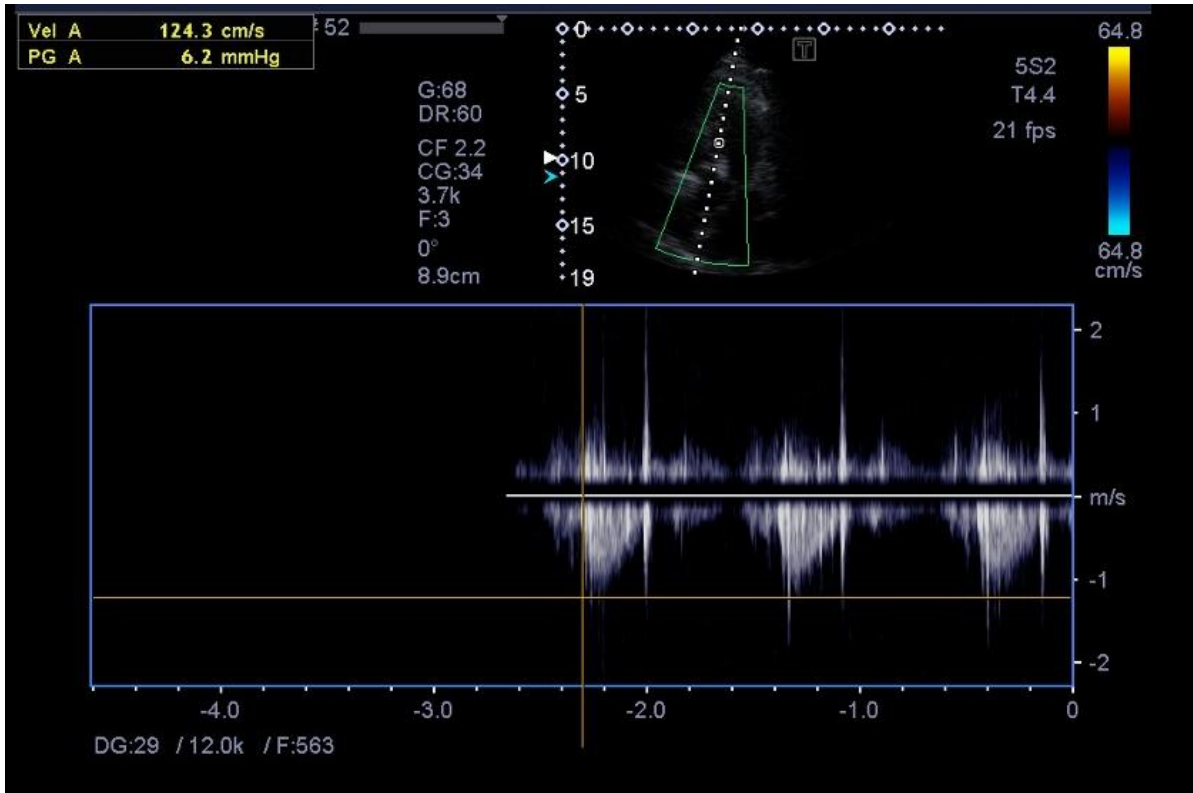


Ecodoppler cardiaco









VI de tamaño conservado, con hipoquinesia de los segmentos apicales y función sistólica deprimida (FE 45%).

Patrón diastólico VI de retardo en la relajación.

AI levemente dilatada.

Esclerosis valvular aórtica con apertura conservada.

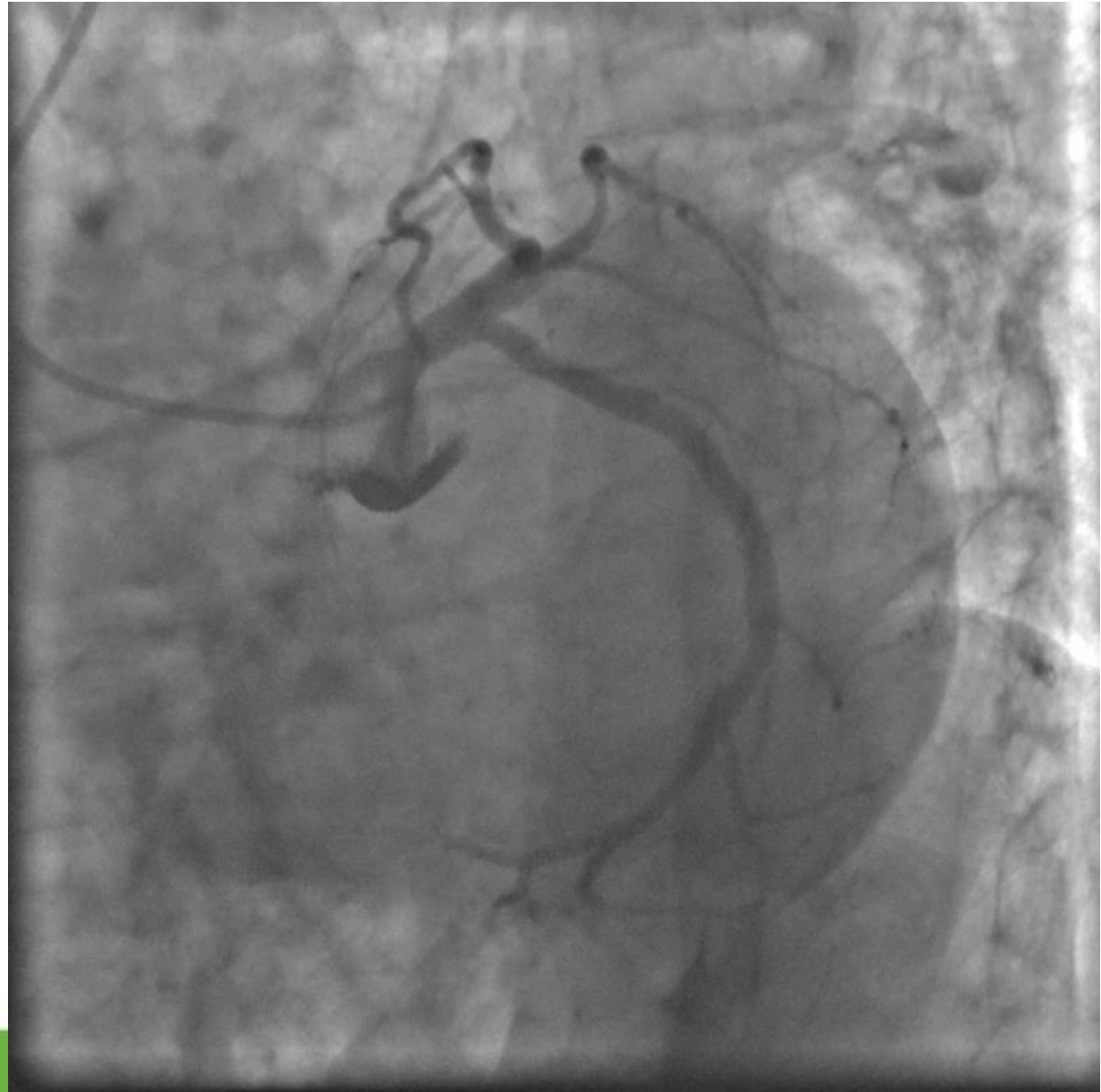
Calcificación de la valva mitral posterior. IM leve.

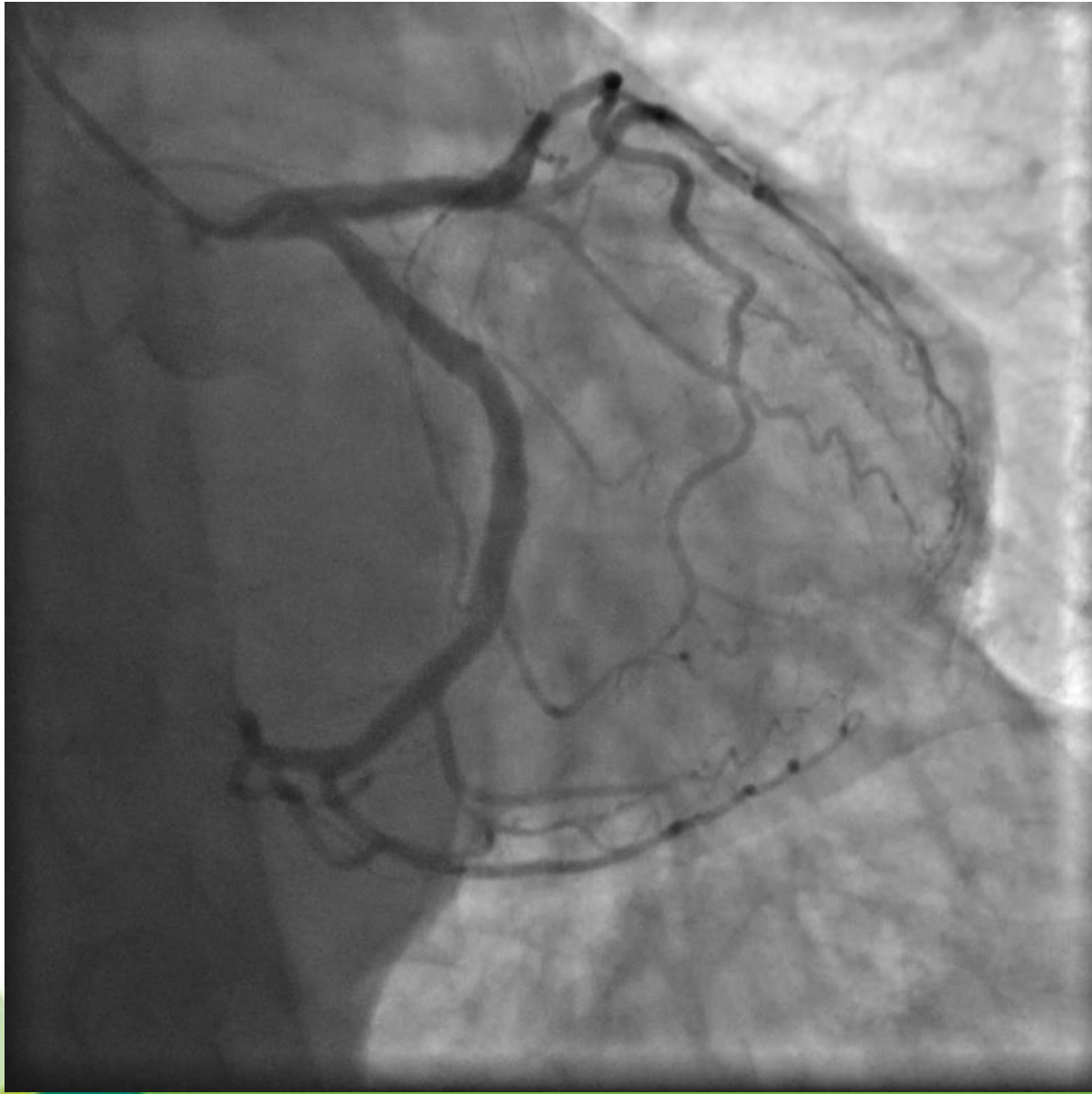
CD de tamaño conservado. PSAP de 25-30 MMHG.



CCG









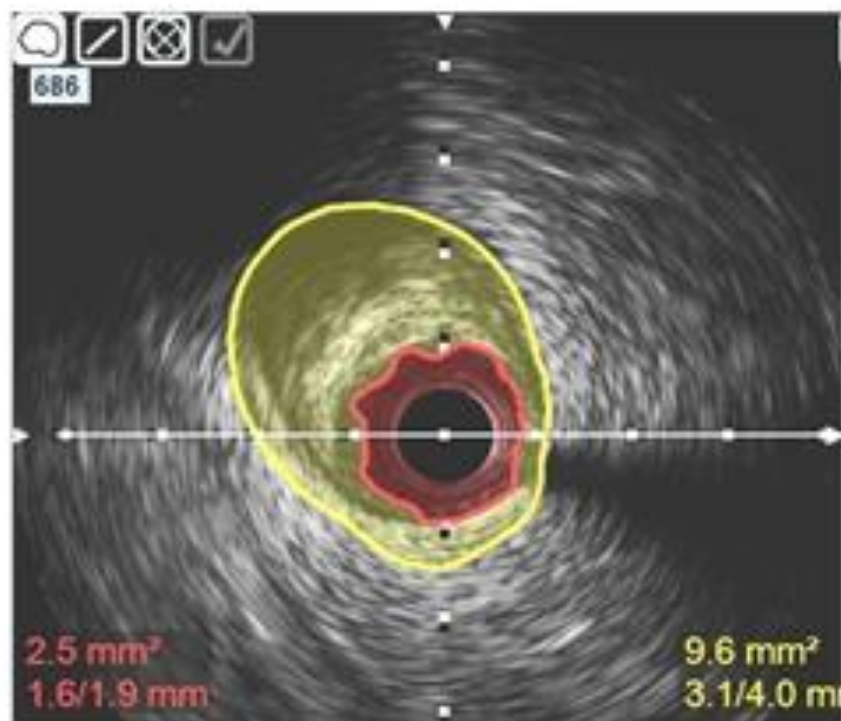
Obstrucción severa (70%) de arteria descendente anterior en tercio medio.



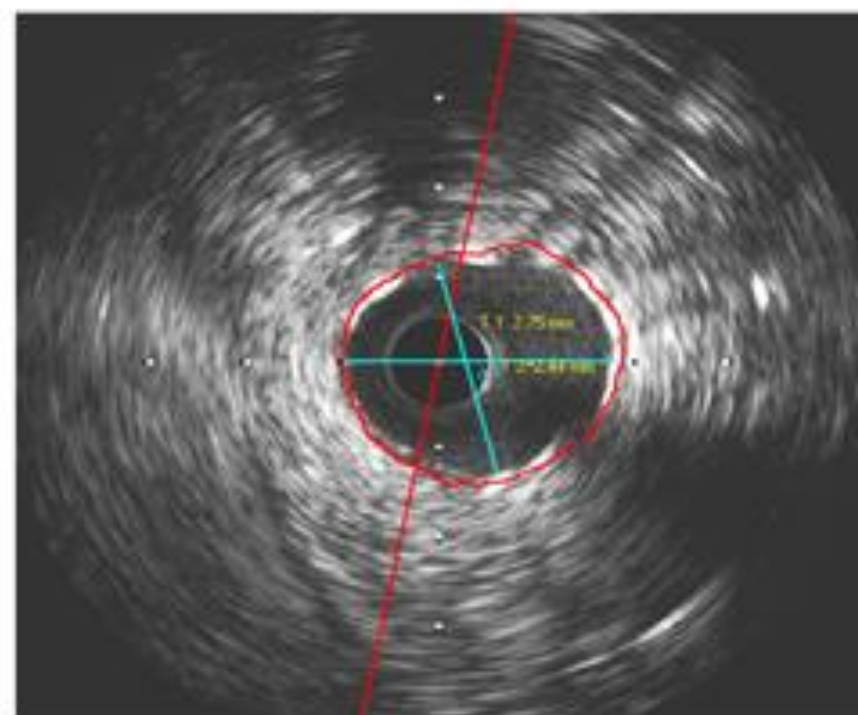


- Conducta?





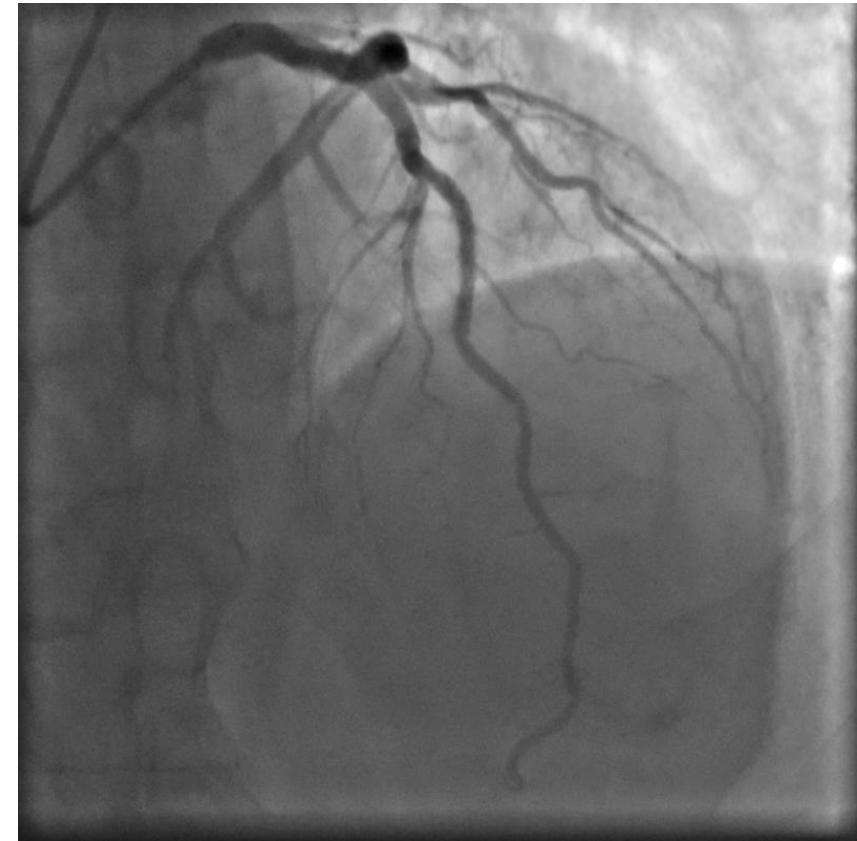
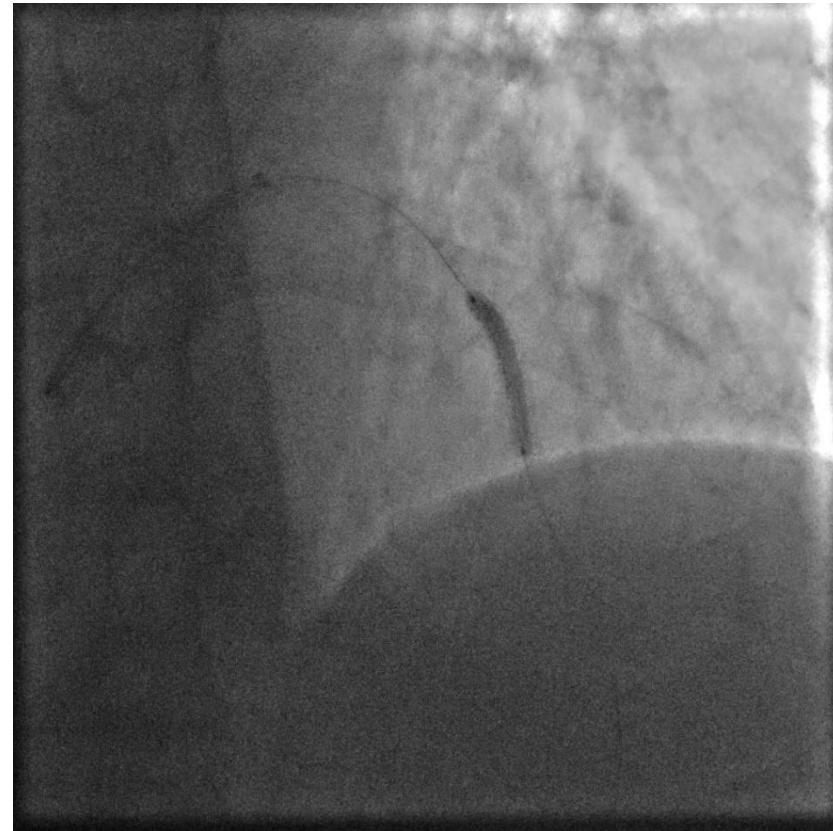
A1	TA	2.51 mm ²	Area
		1.61 mm/ 1.92 mm	74%
A2	TA	9.62 mm ²	
		3.05 mm/ 4.01 mm	



T1: Length 2.75 mm.
 T2: Length 2.44 mm.
 A1: Area 5.93, averD 2.75, maxD 2.90, minD 2.55 mm.



ATPC





Medicación al alta

- Citicolina 100 mg + Nimodipina 30 mg
- Vit B6, B9 y B12+ AAS 100 mg
- Memantine 10 mg
- Tiotropio inhalado
- Salbutamol SOS
- Pantoprazol 40 mg
- Bisoprolol 5 mg
- Alplax 0,5mg
- Clopidogrel 75 mg
- Rosuvastatina 20 mg

Están de acuerdo?



Holter a la semana

Motivo del Estudio:		Medicamentos:	
C Isquémica. TVS.		---	
FC Mín Bradicardia: 45 [LPM] (17:28:23) Máx Taquicardia: Sin eventos FC Media: 60 [LPM] FC mínima: 44 [LPM] (17:28:25) FC máxima: 83 [LPM] (04:45:16) Total de Latidos: 84108		EV Totales: 3547 (4.21 %) Pares: 12 Tripletas: 0 Bigeminadas: 33 Trigeminas: 1 Taquicardias: 1 Taquic. más larga: 6 [Lat] (14:20:21) FC Máx de Taquic.: 86 [LPM] (14:20:21) FC Mín de Taquic.: 86 [LPM] (14:20:21)	
		ESV Totales: 82 (0.09 %) Pares: 3 Tripletas: 0 Bigeminadas: 1 Trigeminas: 0 Taquicardias: 1 Taquic. más larga: 4 [Lat] (12:31:01) FC Máx de Taquic.: 109 [LPM] (12:31:01) FC Mín de Taquic.: 109 [LPM] (12:31:01)	
Segmento ST Canal 1 total min ST: Sin eventos Canal 2 total min ST: Sin eventos Canal 3 total min ST: Sin eventos		VFC SDNN: 125.25 [mSeg] SDANN Índice: 101.82 [mSeg] SDNN Índice: 66.10 [mSeg] rMSSD: 47.61 [mSeg] NN50: 10794 Lat pNN50: 14.93 % Potencia Total: 5243.19	
		Pausas y QT Pausas > a 2500[mSeg]: 0 Pausa más larga: --- [mSeg] Máximo QT: 515 [mSeg] (14:26:57) Máximo QTc: 580 [mSeg] (20:10:30) Diferencia QT: 305 [mSeg]	

Conclusiones:

- Paciente en ritmo sinusal durante todo el estudio.
- La frecuencia cardíaca promedio fue de 60 latidos por minuto.
- La mayor frecuencia cardíaca fue de 83 latidos por minuto a las 04:45:16 no describiendo en el diario la actividad realizada (baño?).
- La menor frecuencia cardíaca fue de 44 latidos por minuto a las 17:28:25 mientras se halla recostado.
- Se detectaron 3.547 extrasístoles ventriculares prácticamente monofocales (se registró otro foco ocasional). Se constataron 12 duplas ("lentas" en su mayoría) y un colgajo de TVNS de 6 latidos de características automáticas y no alta frecuencia.
- Se contabilizaron 82 extrasístoles supraventriculares con 3 duplas de las mismas y un breve colgajo de TPS de 4 latidos.
- No se observaron otras alteraciones electrocardiográficas significativas.
- El paciente no manifestó síntomas durante la grabación.

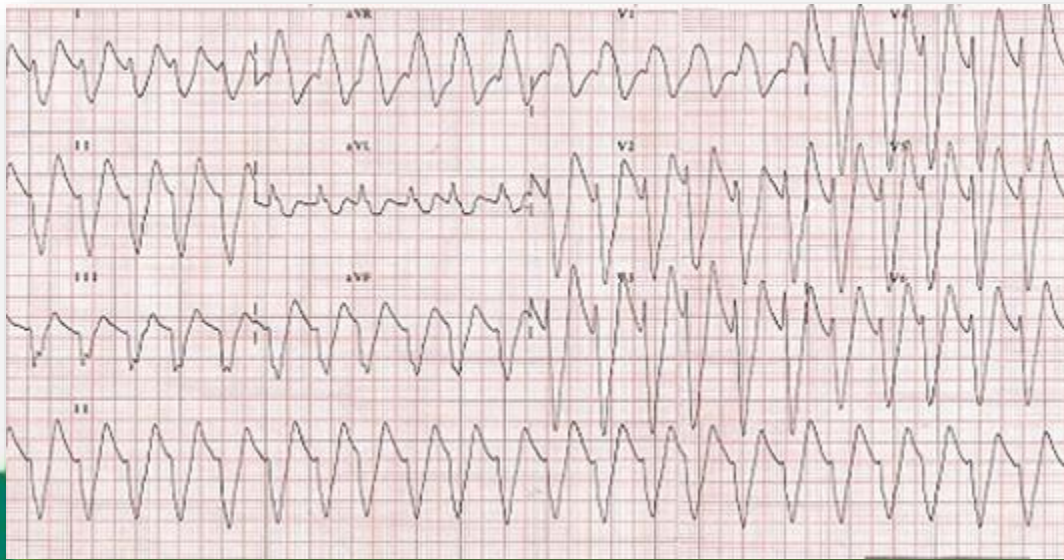
IMPRESIÓN FINAL: Extrasistolia ventricular frecuente asociada a duplas y TVNS. Aritmia auricular aislada, sin formas repetitivas de jerarquía.



- Conducta?



TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA



26 de Julio de 2017



Definición

- Episodio de TV que se prolonga por más de 30 segundos o que requiere CV inmediata por descompensación hemodinámica.



Clasificación

TVMS

Sin cardiopatía

- TV de VD (TSVD) → imagen de BRI con eje frontal inferior a la derecha
- TV idiopática de VI (septal o fascicular) → imagen de BRD con HBA

Con cardiopatía

- Isquémica crónica
- Dilatada idiopática
- Chagásica
- Otras



TVP

- en diversas cardiomiopatías
- isquemia aguda
- catecolaminérgica
- sme de Brugada

- Sme de QT largo
- Congénito
 - Adquirido



Asociadas a CI

- EAC → causa mas comun de TV, FV y/o TVP
- TVMS → fibrosis
- Falla cardiaca y disfuncion sistolica con FEY < 30-35% → aumento de riesgo de MS → CDI



TV sin CI

- Incidencia → 2.45 casos cada 100.000/año
- Prevalencia → 36–40 por cada 100.000
- Incluye → MCD, MCH, DAV, sarcoidosis, amiloidosis, valvulopatias
- Muerte → progresion de falla cardiaca o MS



TV idiopática

- Ausencia de cardiopatía estructural, alteraciones genéticas, metabólicas o electrolíticas
- TSVD → más común seguida por TV fascicular
- Otras causas → TV intramural, anular, epicárdica
- Buen pronóstico
- Prevalencia: 7% to 38%
- Relacionada con la edad



Guías...

The European Heart Rhythm Association/Heart Rhythm Society/Asia/Pacific

Heart Rhythm Society expert consensus

- Sugieren que la 1er indicacion de tto para TV idiopatica esta basada en los sintomas
- Ofrecen → (1) fcos (BB, bloqueantes calcicos); (2) antiarritmicos (sotalol, flecainida, propafenona o amiodarona); o (3) ablacion por cateter
- No recomiendan una 1era linea especifica de tto
- BB y Bloq calcicos → moderada eficacia
- Antiarritmicos → mas efecivos
- Eficacia de ablacion → depende de la inducibilidad de la arritmia



Tto medico

- Amiodarona → superior a otras en prevencion
→ OJO EA
- Sotalol → reduce recurrencias comparada con BB
- Combinacion → reduccion significativa de AV
- Reducir dosis de las drogas cuando se usan combinadas por EA



Ablacion

- Morady and col → recurrencia tras AC en 2 de 10 ptes despues de un seguimiento de 18 meses
- Estudio controlado que comparo AC con metoprolol o propafenona en TV TSVD → AC superior
- Para las formas mas comunes de TV idiopatica (TSVD y fascicular) → ablacion favorable



Table 2
Prevalence of major complications after radiofrequency ablation

Major Complications	Occurrence, %
Vascular injury	1.3–1.6
Pseudoaneurysm	0.7
Hematoma	0.34
Arteriovenous fistula	0.25
Cardiac tamponade	0.8
Thromboembolism	0.4
Conduction system damage	0.1–0.4
Injury to the coronary arteries	Rare



TV + CDI

- DEFINITE trial → MCD no isquemica tendencia al beneficio de sobrevida con CDI
- SCD-HeFT trial → ptes con falla cardiaca con causa o no isquemica → tendencia a la reduccion de mortalidad con CDI



Qué hacemos frente a un episodio agudo???

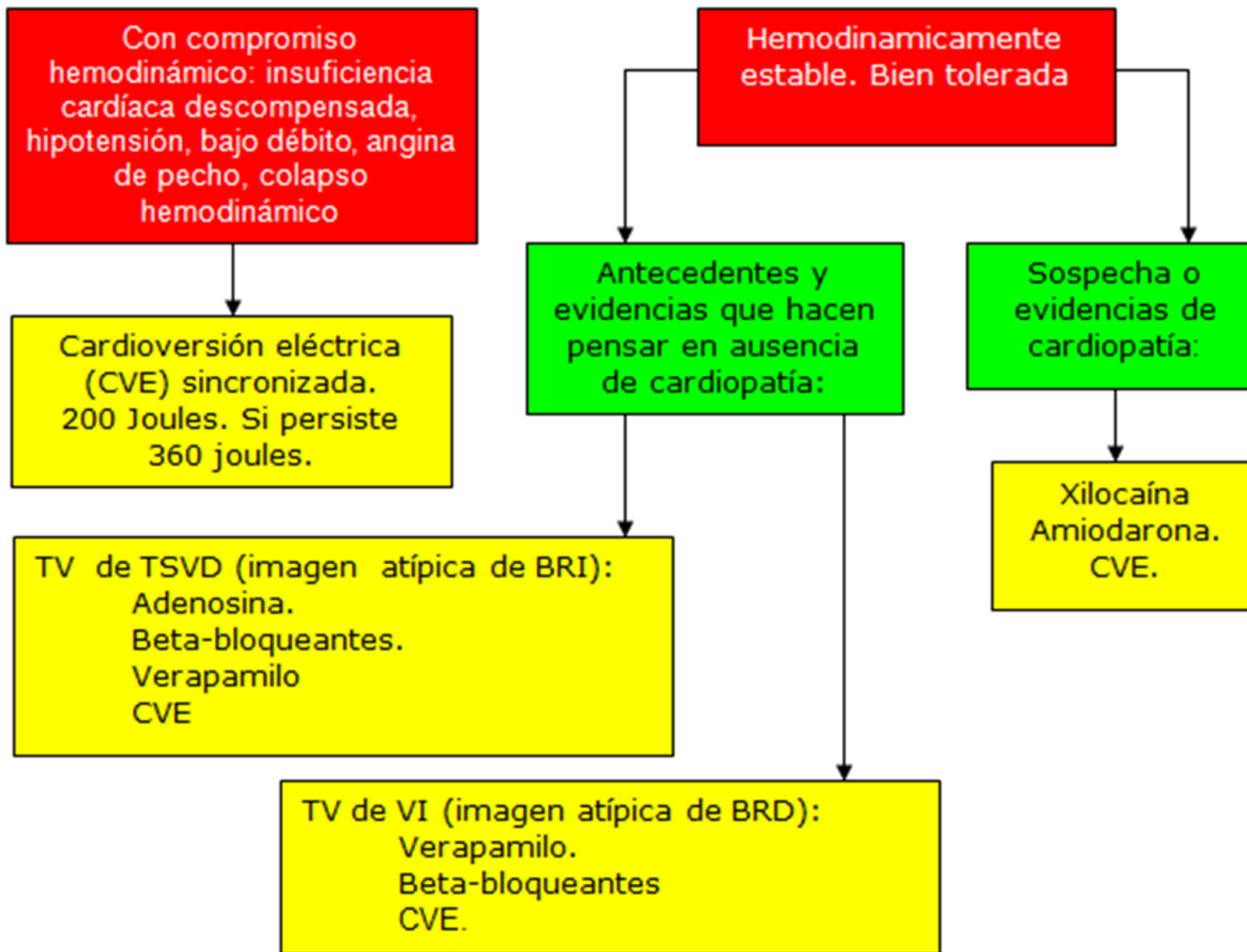
Dx Diferencial → TPSV con QRS ancho → BR preexistente BR taquicardia dependiente, o por taquicardia antidrómica en WPW

TPSV → imagen típica de BRD o BRI

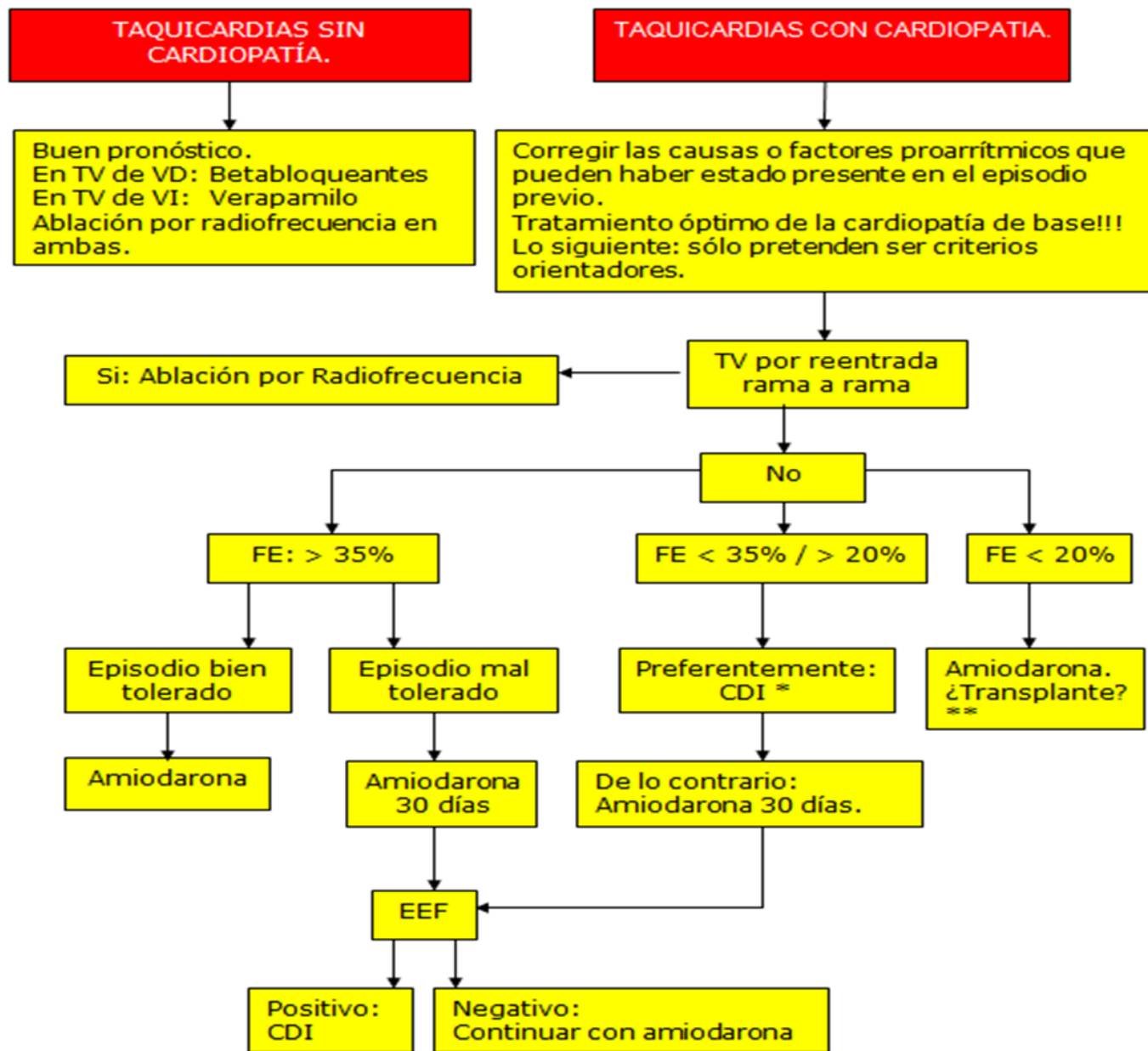
TV → imagen atípica de BRD o BRI: concordancia en las 6 precordiales (QRS + o - en las 6 derivaciones)

Dx TV → disociación AV con mayor frecuencia ventricular que auricular: latidos de captura SV y/o latidos de fusión





Prevención de recidivas y MS



Conclusion

- La mayor sensibilidad de la monitorización del ECG → mayor detección de actividad ventricular ectópica
- TV Idiopática → pronóstico favorable --> tto basado en la carga sintomática
- Tto médico quizás sea menos efectivo que la ablación en algunas formas de TV idiopática
- En otras formas de TV idiopática (músculo papilar, anular y epicárdica) → suele recurrir

