

Resumen #263

Estimulación ventricular permanente desde ápex de ventrículo derecho en paciente chagásico.

¹Merschon FM, ²Martínez DA, ²Velarde Mariscal JL, ²Díaz CJ, ³Ponzio MF

¹Cátedra de Fisiología Humana, FCM, UNC. Servicio de Cardiología, Clínica Privada Vélez Sarsfield.; ²Servicio de Cardiología, Clínica Privada Vélez Sarsfield.; ³Cátedra de Fisiología Humana, FCM, UNC.

Área:

Clínico / Quirúrgica

Resumen:

En ciertos casos, en la cardiopatía chagásica la presencia de disfunción del nódulo sinusal o bloqueo aurículo-ventricular requiere la indicación de estimulación ventricular artificial, que de resultar permanente en el tiempo, provocaría disincronía. Por lo tanto, en este grupo de pacientes la utilidad de la terapia de resincronización cardíaca es aún discutida.

Se presenta el caso de paciente femenino de 60 años de edad con antecedentes de cardiopatía chagásica con evolución desde 1978, disfunción del nódulo sinusal (año 1986) con implante de MCP monocameral modo VVI Medtronic, recambios de generador cada 10 años, hipotiroidismo, fibrilación auricular y flutter auricular de comportamiento paroxístico, que es trasladada por Servicio de Emergencias con cardioversión eléctrica exitosa en el domicilio revirtiendo a ritmo de MCP que alterna con ritmo sinusal con BCRD, HBAI y BAV ¹, siendo remitida por Guardia central con diagnóstico de Sincope ² a taquiarritmia ventricular. Se decide su internación en unidad de cuidados coronarios, con posterior evolución clínica favorable y sin complicaciones.

Se realiza ecocardiograma doppler, cinecoronariografía y angiografía que informan dilatación de cavidades izquierdas, insuficiencia mitral moderada, hipocinesia global, presencia de discinesia infero basal y FEVI=21 %, con ESTENOSIS BILATERAL DEL CONFLUENTE YUGULO-SUBCLAVIO. La solicitud de implante de resincronizador cardíaco no es autorizada por obra social por lo que luego de 12 días se le realiza ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA de Nodo AV. A las dos semanas se efectúa angioplastia de la vena subclavia izquierda más implante de CDI monocameral, con alta sanatorial a las 48 hs. Seis días después se presenta con insuficiencia cardíaca descompensada con respuesta favorable a furosemda y nitroglicerina en infusión continua. La paciente cumple estrictamente el tratamiento instaurado aunque a los cinco meses ingresa por cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada, presentado episodio de muerte súbita con terapia apropiada por parte del CDI. No responde al tratamiento presentando cuadro de shock cardiogénico irreversible y muerte.

La estimulación ventricular derecha permanente en pacientes con bloqueo de rama derecha como el presente caso, provocó disincronía inter e intra ventricular con caída progresiva de la función ventricular izquierda y consecuentes efectos deletéreos de la hemodinamia.

Palabras Clave:

arritmias, disincronía, T. cruzi, resincronización cardíaca

Permanent right ventricular pacing from apex in a chagasic patient.

¹Merschon FM, ²Martínez DA, ²Velarde Mariscal JL, ²Díaz CJ, ³Ponzio MF

¹Cátedra de Fisiología Humana, FCM, UNC. Servicio de Cardiología, Clínica Privada Vélez Sarsfield.; ²Servicio de Cardiología, Clínica Privada Vélez Sarsfield.; ³Cátedra de Fisiología Humana, FCM, UNC.

Abstract:

In some cases, the presence of sinus node dysfunction or atrio-ventricular block in chagasic cardiopathy requires the indication of artificial ventricular pacing; if this stimulation is permanent in time, it could provoke dyssynchrony . Therefore, in this patients group the utility of resynchronization therapy is still a matter of debate. We report the case of a 60 years-old female with a history of Chagas disease from 1978, sinus node dysfunction (1986), Medtronic single chamber (VVI) pacemaker implant, generator replacement every 10 years, hypotiroidism, paroxism atrial fibrillation and atrial flutter, which was referred to our emergency room by the medical emergency service who restored sinus rhythm alternating with pacemaker rhythm RBBB, LAHB, first grade AVB by using electrical cardioversion in her home. The patient was diagnosed with unstable ventricular tachycardia. We decided to admit the patient to the coronary care unit, with uncomplicated favorable clinical evolution. A doppler echocardiogram, and a coronary angiography was performed, reporting left chambers dilatation, moderate mitral insufficiency, global hypokinesia, basal-inferior dyskinesia and left ventricular ejection fraction = 21%, with bilateral stenosis in the yugular-subclavia union. The request for a cardiac resynchronization device was not approved by the health insurance, reason why an AV node radiofrequency ablation was performed 12 days latter. Two weeks latter, a left subclavia vein angioplasty with single chamber ICD implantation was realized in the same procedure, with discharge after 48h. Six days latter the patient present unstable heart failure with favorable response to continuous furosemide and nitroglycerine infusion. The patient fulfills the treatment although five months latter returns with the same symptoms as before, but presenting a sudden death episode which was successfully treated by the ICD. The woman does not respond to the treatment, finally presenting irreversible cardiogenic shock and death. Permanent right ventricular pacing in patients with RBBB like in this case, can lead to inter and intra ventricular dyssynchrony with progressive deterioration of the left ventricular function, and deleterious effects upon hemodynamic parameters.

Keywords:

arrithmia, dyssynchrony, T. cruzi, cardiac resynchronization