

#048 | Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica: Importancia del tratamiento antiarrítmico

Joaquín Barrios¹; Federico De La Rosa²; Joaquín Vázquez²; Álvaro Rivara¹

1 - Servicio de Cardiología Hospital Maciel. 2 - Unidad Académica de Cardiología Hospital de Clínicas Facultad de Medicina.

Introducción:

La taquicardia ventricular catecolaminérgica es una enfermedad arritmogénica hereditaria poco frecuente provocada por alteraciones de los receptores de rianodina involucrados en los complejos excitación/contracción del músculo cardíaco, pudiendo generar muerte súbita por arritmias ventriculares y tormenta eléctrica debido a la sensibilidad a la descarga simpática. A diferencia de otras arritmias ventriculares toma relevancia el tratamiento farmacológico sobre el implante del cardiodesfibrilador que en ocasiones inclusive puede ser contraproducente.

Historia clínica:

Mujer de 17 años. Tabaquista. Asmática tratada con salbutamol. Parto prematuro hace 7 meses por rotura prematura de membranas. Presenta palpitaciones de 4 meses de evolución, frecuentes, rápidas, de breve duración, las mismas surgen tanto al esfuerzo como el reposo (frente a estrés), nunca síncope. Al séptimo mes del puerperio consulta en puerta de emergencia por disconfort torácico opresivo retroesternal sin irradiación asociado a palpitaciones rápidas recurrentes. Al examen físico se destaca ritmo irregular de 130cpm, ruidos normofonéticos, sin soplos ni otros elementos a destacar. Se realiza ECG (imagen 1) que muestra Ritmo sinusal de base con onda P y PR normales, EEM normoposicionado, QRS de 80ms, repolarización normal, onda U prominente. QTC 440ms. Extrasistolía ventricular frecuente con episodios Taquicardia Ventricular Polimórfica No Sostenida (TVPNS), se desataca la presencia de taquicardia ventricular bidireccional (imagen 2) característica de la taquicardia ventricular catecolaminérgica.\

Pruebas complementarias:

\ Paraclínica sanguínea sin alteraciones. ETT VI de dimensiones normales FEVI conservada. Ingres a unidad cardiológica se inician fármacos betabloqueantes con mala tolerancia dado broncoespasmo reactivo razón por la cual se cambia a flecainida 150mg cada 24hs con buena tolerancia y marcado descenso de la carga arrítmica. Durante la internación realiza prueba ergométrica (imagen 3) durante la primera etapa se constatan duplas y bigeminismo ventricular polimórfico que progresa a TVPNS al máximo esfuerzo, desapareciendo a los 3min del post esfuerzo. Clase funcional IC, 8 METS.\ Luego de optimizado el tratamiento del asma presentó buena evolución permitiendo el reinicio de Bisoprolol con buena tolerancia. Se optó por un seguimiento ambulatorio dado la buena respuesta al tratamiento farmacológico y se realizó una nueva ergometría bajo tratamiento con betabloqueantes y fármacos del grupo IC que constató ausencia de arritmias frente al esfuerzo permitiendo proseguir con tratamiento conservador sin necesidad de implante de cardiodesfibrilador por el momento.\ Imagen 1

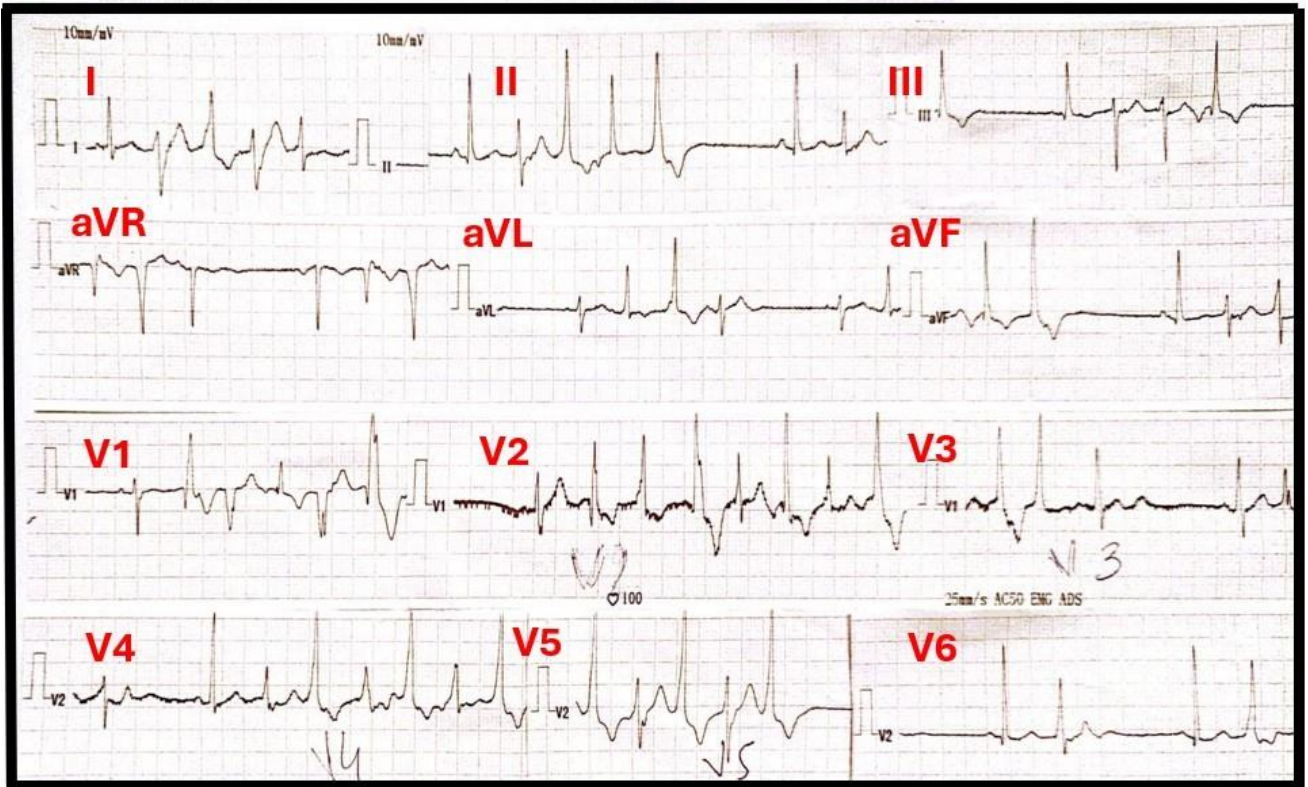


Imagen 2

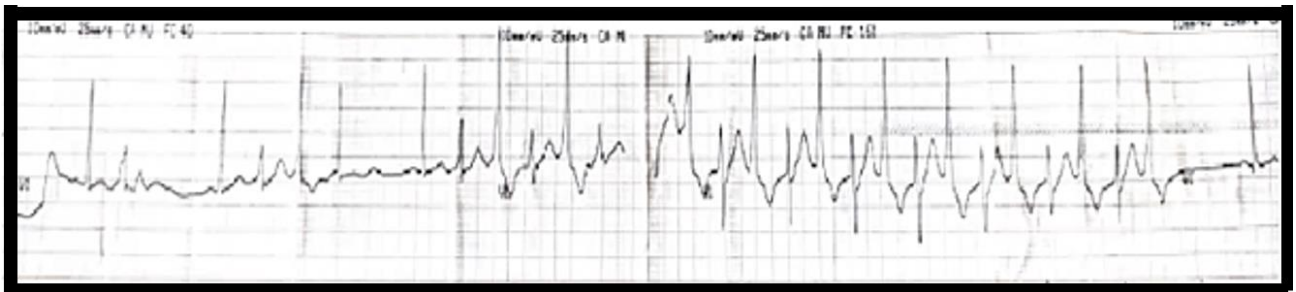
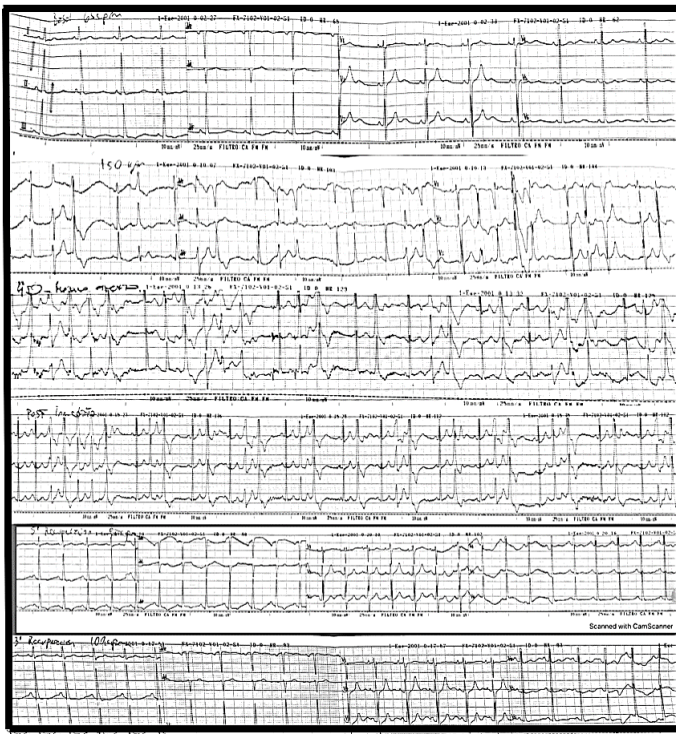


Imagen 3



Diagnóstico:

Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica No Sostenida

Discusión:

Estamos frente a una paciente joven sin cardiopatía estructural que se presenta con arritmia ventricular polimórfica con QT normal desencadenada frente al estrés y a la actividad física, asociado a taquicardia bidireccional nos orienta a taquicardia ventricular catecolaminérgica. Esta enfermedad arritmogénica conlleva riesgo de muerte súbita debido a la enorme sensibilidad al aumento del tono simpático, por lo cual es fundamental la valoración de la carga arrítmica y la respuesta a tratamiento farmacológico. Están indicados en primera instancia los betabloqueantes y de segunda línea la flecainida. Constituye un desafío la indicación del implante del cardiodesfibrilador dado que las descargas del dispositivo pueden determinar una mayor descarga adrenérgica y liberación de catecolaminas que perpetua la aparición de arritmia, tormenta eléctrica y la consecuente muerte súbita.)