

ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR IZQUIERDA: Reporte de un caso

Dr. Eliezer Arellano (a) Dr. Eduardo Barrio (b) Dr. Luis Gómez (c) Dr. Johnny Macías (d) Dra. Jaqueline Quisanga (e)

(a) Coordinador del Posgrado de cardiología. (b) Coordinador del Servicio de Cardiología (c) Staff de Cardiología y Electrofisiología (d) Cardiólogo clínico y Electrofisiología (e) Medico posgradista de cardiología
Departamento de Cardiología del Hospital Alcívar

INTRODUCCIÓN

La taquicardia ventricular (TV) idiopática engloba un grupo heterogéneo de taquicardias ventriculares, en las cuales no se puede demostrar cardiopatía estructural (displasia del ventrículo derecho, el prolapso de la válvula mitral, ciertas miocardiopatías), alteraciones metabólico-electrolíticas, presencia de intervalo QT largo o síndrome de Brugada. En general la TV se considera idiopática en un 11%. Las TV idiopáticas fasciculares izquierdas son una forma infrecuente de TV, representan del 10 al 15 % siendo más frecuentes en adultos jóvenes (15 a 40 años), de los cuales entre 60% y 80% son hombres. La forma mayoritaria de estas taquicardias involucra al fascículo posterior y por ello se denomina TV fascicular posterior, con morfología de bloqueo de rama derecha y eje superior. Aunque la terapia farmacológica puede ser eficaz en un buen porcentaje de los pacientes, la ablación tiene una alta tasa de éxito, baja tasa de complicaciones y de recurrencia a largo plazo. Las tasas globales de éxito para la ablación de TV fascicular idiopática oscilan entre el 70% y el 90% en relación con el seguimiento a largo plazo

OBJETIVO

Presentación del caso clínico de un paciente portador de un tipo característico de este grupo de taquicardias denominada taquicardia ventricular idiopática del ventrículo izquierdo, los exámenes complementarios que acompañaron dicho diagnóstico y la terapéutica instaurada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente masculino de 77 años de edad con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial más diabetes mellitus tipo 2, consulta por cuadro de palpitaciones de larga evolución. Tratamiento actual Telmisartan 80 mg + hidroclorotiazida 12.5 mg, amiodarona 200 mg, clopidogrel 75 mg, bisoprolol 2.5 mg

RESULTADO

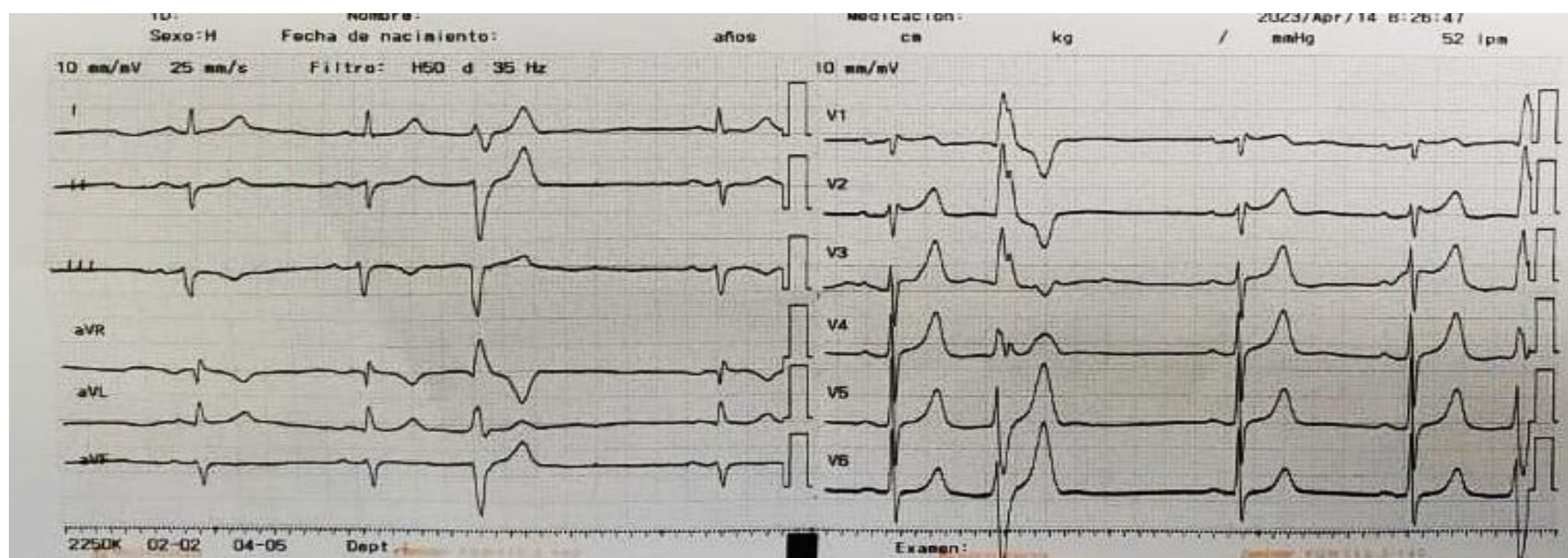


Figura 1. Electrocardiogramas de 12 derivaciones antes de la ablación muestra extrasístoles ventriculares, QRS con patrón morfológico tipo bloqueo de rama derecha y eje desviado a la izquierda, hemibloqueo anterior izquierdo

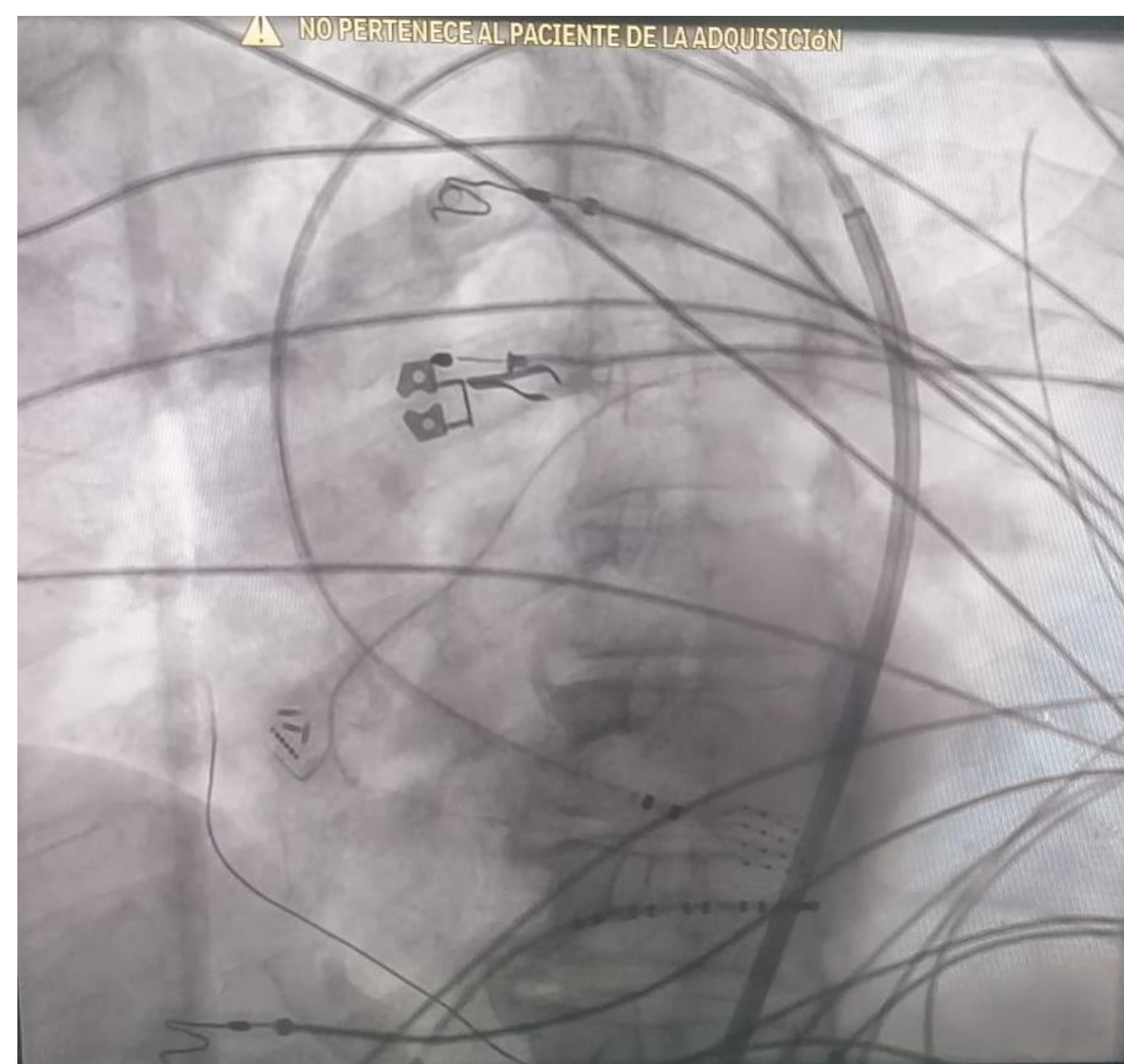


Figura 2. Ablación de taquicardia ventricular fascicular posterior con mapeo electroanatómico

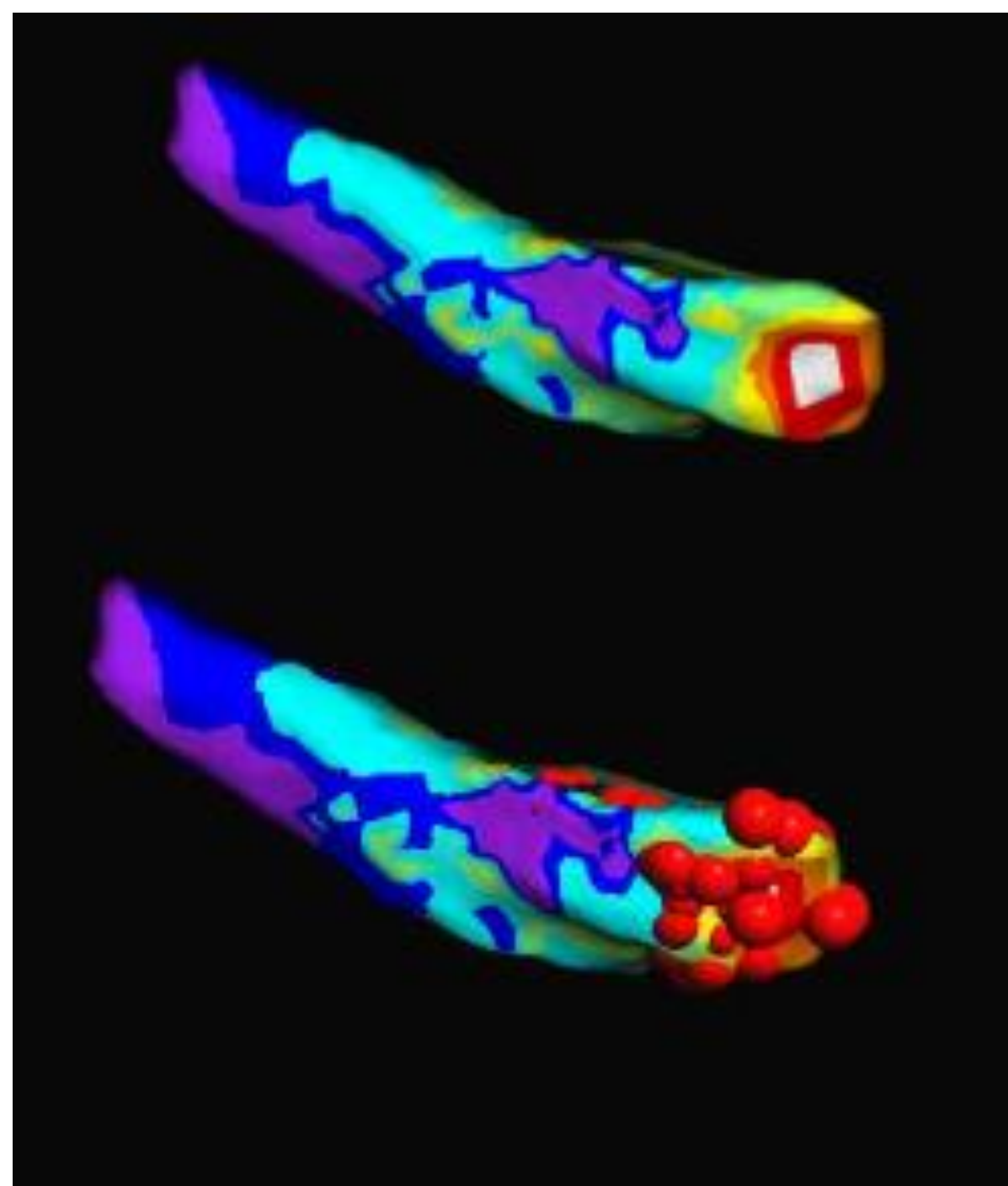


Figura 6. Reconstrucción electroanatómica, mapeo de activación de la EV, se observa la precocidad de una señal representada en el esquema de colores.

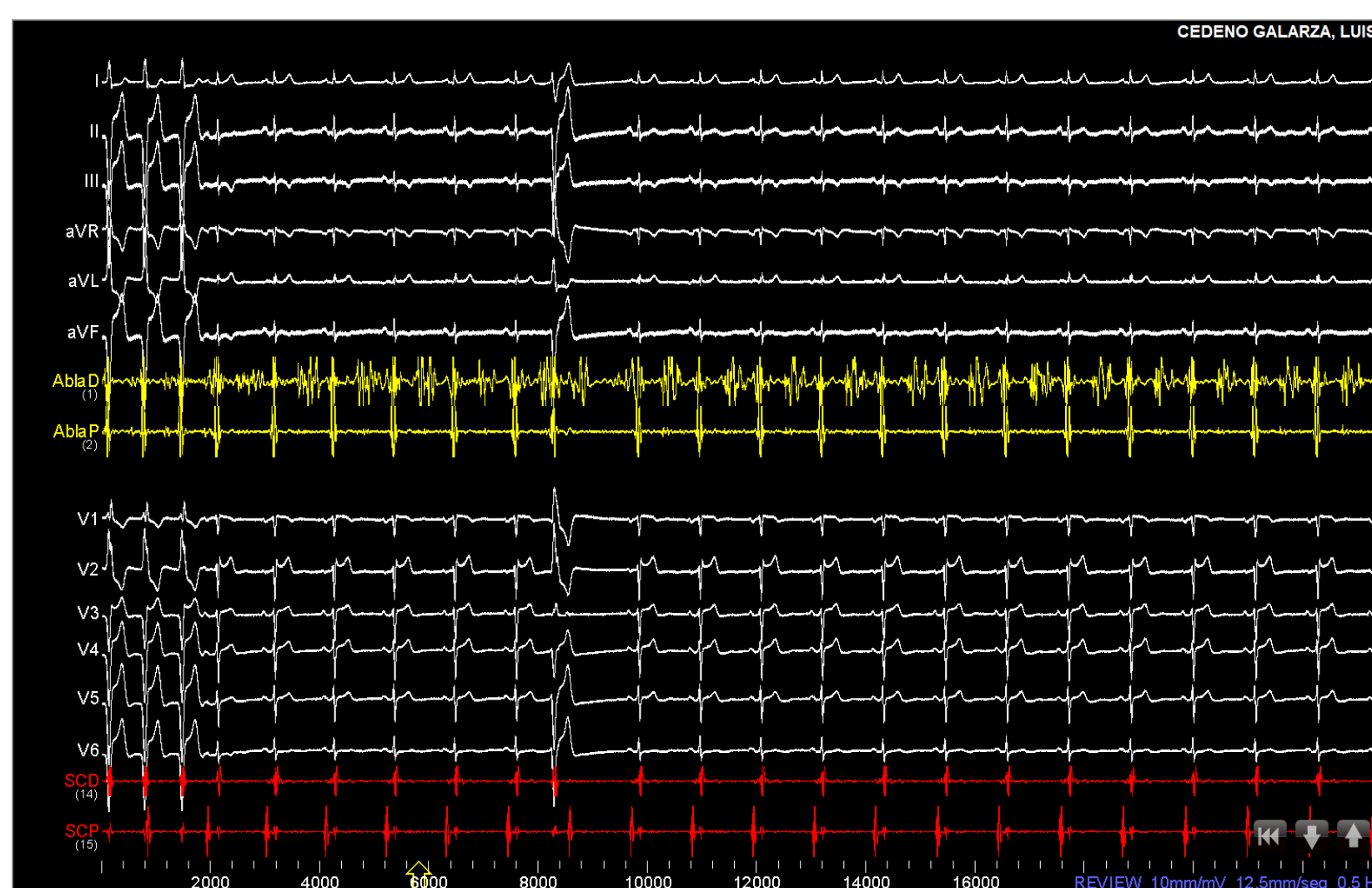


Figura 4. Electrograma de extrasístole ventricular fascicular posterior, se aplica ablación por radiofrecuencia a 40 grados con 45 WATTS de poder,logrando la desaparición de la estimulación y la baja de voltaje.

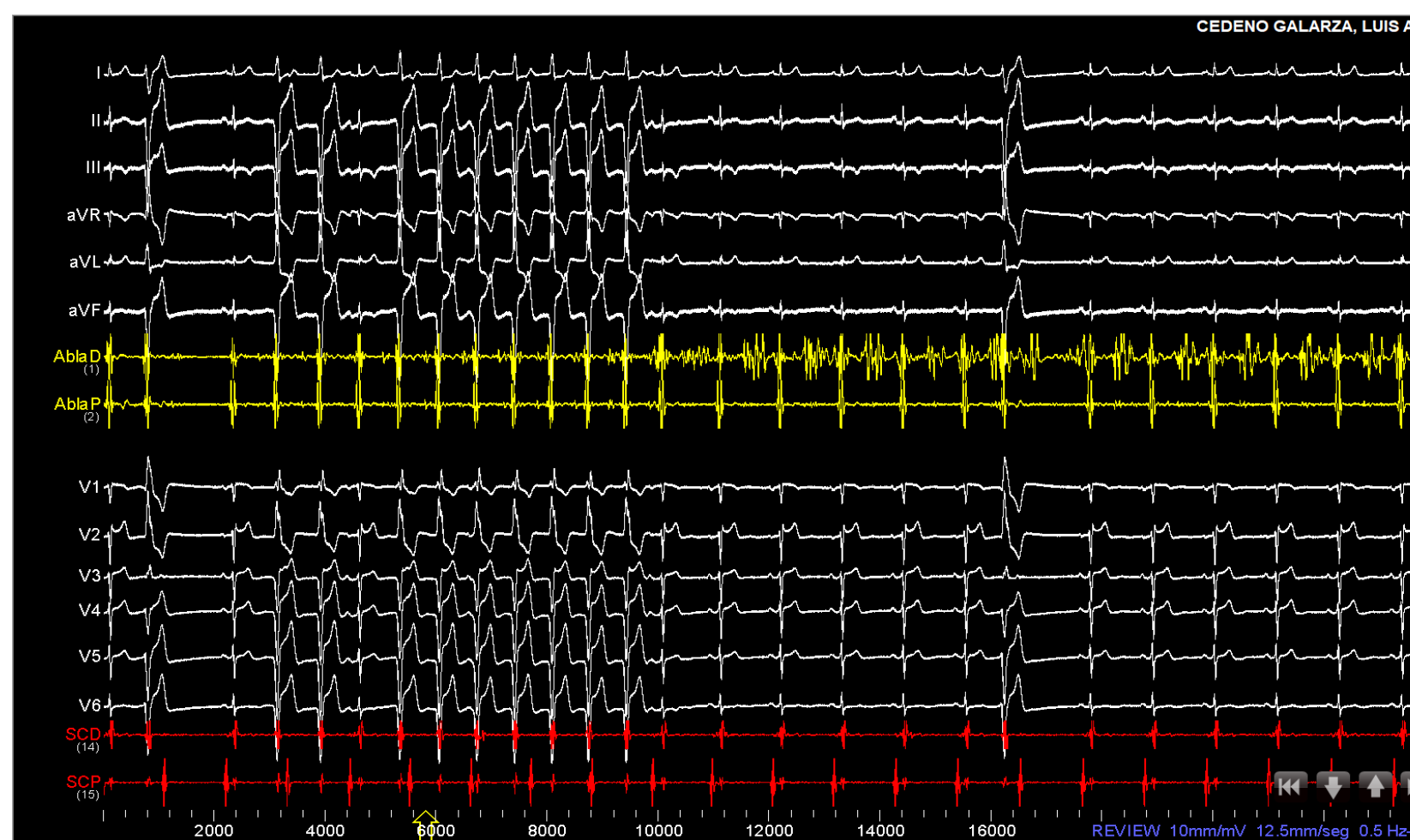


Figura 5. Electrograma de ablación de foco arritmico izquierdo

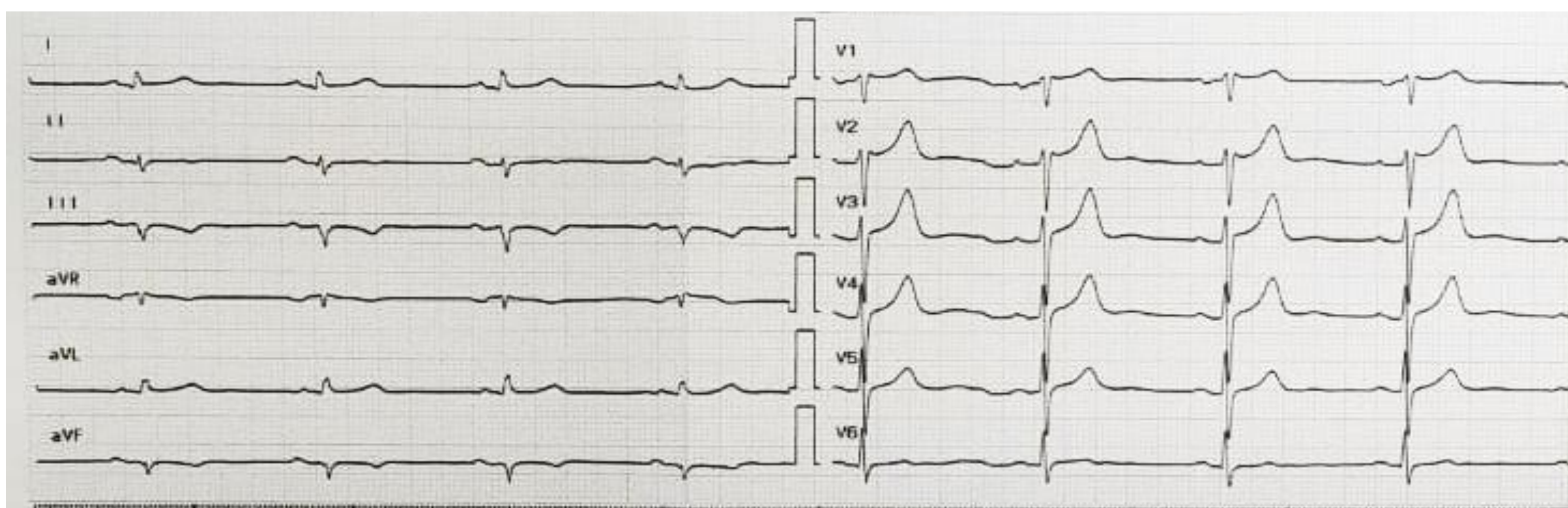


Figura 6. Electrocardiograma de 12 derivaciones posterior a la ablación sin evidencia de extrasístoles

DISCUSIÓN

Las TV fasciculares idiopáticas del ventrículo izquierdo son una forma infrecuente de TV. Suelen ocurrir en pacientes sin cardiopatía estructural, sensibles al verapamilo y cuyo mecanismo es la reentrada utilizando el sistema de conducción específico del ventrículo izquierdo. El interés principal del caso es la edad en la que se presentó, esto demuestra la necesidad de tener un alto índice de sospecha cuando este patrón electrocardiográfico se presenta, independientemente de la edad del paciente

CONCLUSIONES

La terapia farmacológica puede ser eficaz en un buen porcentaje de los pacientes, la ablación tiene una alta tasa de éxito, baja tasa de complicaciones y de recurrencia a largo plazo. Si bien la ablación realizada durante el ritmo sinusal puede ser efectiva, tomando los recaudos electrofisiológicos y anatómicos estrictos, lo ideal es realizar la ablación durante la taquicardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ven Gee Lim, Kay Por Yip, Zhan Yun Lim, Simon Sporton, Simon Kennon. The ' Normal' Heart: Fascicular Ventricular Tachycardia. The American Journal of medicine.2016
2. Geovedy Martínez García, Nadia Sánchez Torres, Alexei Suárez Rivero, Roberto Álvarez Tamayo. Taquicardia ventricular fascicular posterior izquierda en corazón estructuralmente normal. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011;17
3. Arias M, Puchol A, Pachón M, Akerström F, Rodriguez-Padial L. Taquicardia ventricular idiopática fascicular septal superior izquierda no sostenida repetitiva. Rev Esp Cardiol 2016;69(2):221-4
4. Bravo Viveros, J. Taquicardias fasciculares: desde la anatomía fascicular hasta la ablación por radiofrecuencia de las taquicardias. Revista Electro y Arritmias 2018;10(1):25-37
5. Domínguez García O, Iñigo Martín G, Granados Ruiz M, Álvarez Sánchez M, Pachón Iglesias M, Puchol Calderón A, et al. Taquicardia ventricular idiopática fascicular posterior izquierda. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular 2016;22(2):1561-2937
6. Cairo Sáez G, Moya Moyai C, Escalante Castellón A. Taquicardia ventricular idiopática fascicular posterior. Presentación de un caso. Medisur 2012;10(5):412-6.
7. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal (2022) 00, 1–130
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>
8. Kashou AH, Noseworthy PA, DeSimone CV, Deshmukh AJ, Asirvatham SJ, May AM. Wide complex tachycardia differentiation: A reappraisal of the state-of-the-art. J Am Heart Assoc [Internet]. 2020;9(11):e016598
9. Consenso de Cardiodesfibriladores – SAC [Internet]. SAC | Sociedad Argentina de Cardiología. Sociedad Argentina de Cardiología; 2021 [cited 2022 Jun 27]
10. Uribe W, Sáenz LC, García F. Taquiarritmias ventriculares [Internet]. Williamuribe.com. [cited 2022 Jun 26].