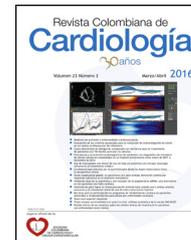




SOCIEDAD  
COLOMBIANA  
DE CARDIOLOGÍA Y  
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

# Revista Colombiana de Cardiología

[www.elsevier.es/revcolcar](http://www.elsevier.es/revcolcar)



## CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

# Bloqueo auriculoventricular completo como manifestación de amiloidosis cardíaca



Diana Vargas Vergara<sup>a</sup>, Alejandro Olaya<sup>b</sup>, Rafael E. Andrade<sup>c</sup> y Guillermo Mora<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup> Medicina Interna, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Electrofisiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Patología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Electrofisiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia

Recibido el 16 de febrero de 2015; aceptado el 16 de junio de 2015

### PALABRAS CLAVE

Amiloidosis cardíaca;  
Bloqueo cardíaco

### KEYWORDS

Cardiac amyloidosis;  
Heart block

**Resumen** La amiloidosis cardíaca es una manifestación de un grupo de enfermedades sistémicas que se caracteriza por el mal plegamiento de proteínas que causa un depósito extracelular de la amiloide, conocido como amiloidosis. Es una causa importante de las enfermedades infiltrativas, que pueden ser responsables tanto del compromiso cardíaco como de otros órganos. Es importante el reconocimiento de su etiología primaria o secundaria para dar el tratamiento adecuado según su causa. Describimos un caso de un paciente de 69 años de edad, con amiloidosis que ingresa al servicio de urgencias con un bloqueo auriculoventricular completo.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

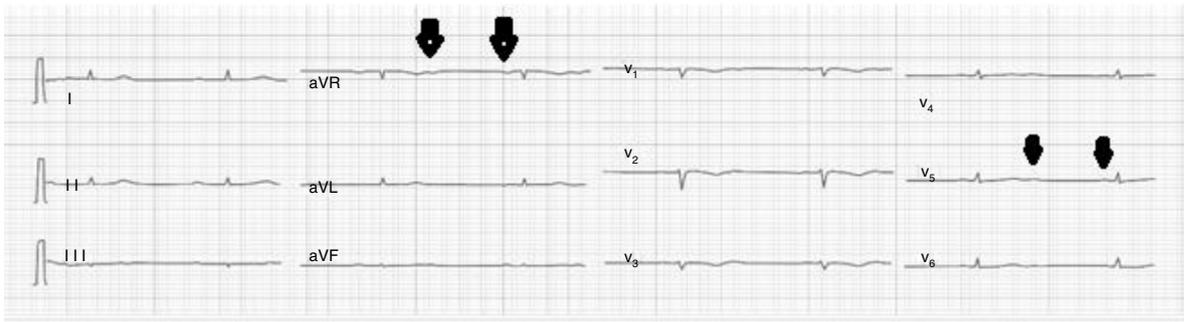
### Complete atrioventricular block as an evidence of amyloidosis

**Abstract** Cardiac amyloidosis is a manifestation of a systemic diseases group characterized by protein misfolding caused by extracellular deposition of amyloid, known as amyloidosis. It is the main cause of infiltrative diseases that can be responsible of cardiac involvement as to other organs. It is important to recognize its primary or secondary etiology to give the appropriate treatment depending of the cause. We describe a case of a 69 year old patient with cardiac amyloidosis debuting in the emergency room with complete atrioventricular block.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gmorap@unal.edu.co](mailto:gmorap@unal.edu.co) (G. Mora).



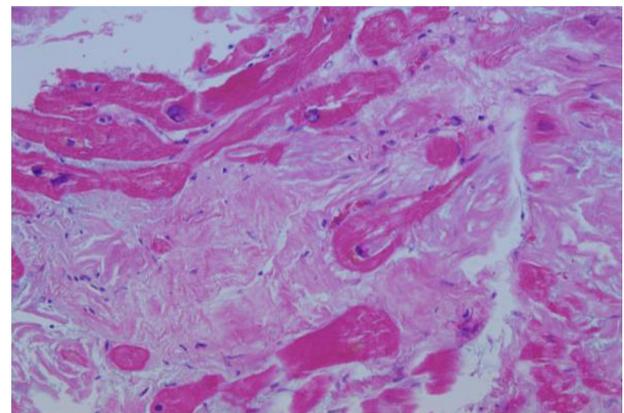
**Figura 1** Electrocardiograma con bajo voltaje generalizado con evidencia de bloqueo auriculoventricular de tercer grado con ondas P (flechas) más evidentes en V5, con PR variable.

## Introducción

La amiloidosis cardíaca es una forma de manifestación de una serie de patologías sistémicas. Es una enfermedad poco conocida y muchas veces subdiagnosticada, en la cual aun contando con el diagnóstico de compromiso cardíaco, es necesario aclarar su origen debido a las múltiples causas e implicaciones en su manejo y pronóstico.

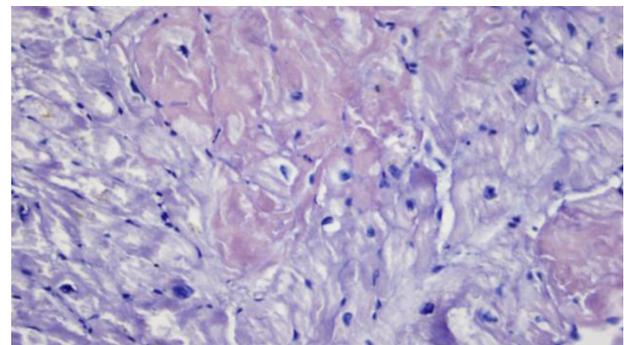
## Caso clínico

Paciente de 69 años de edad que asiste al servicio de urgencias por deterioro de la clase funcional, con disnea clase funcional IV/IV, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema de miembros inferiores. El paciente tiene antecedente previo hace un mes de implante de cardioresincronizador en otra institución por bloqueo AV completo (fig. 1). El implante posiblemente se relacionó con deterioro severo de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 20% y necesidad de estimulación ventricular frecuente. Al ingreso se encuentra al paciente con PA 90/40, FC 72/min, FR 16/min. Tiene ingurgitación yugular G-II a 45°, ruidos cardíacos rítmicos velados, hepatomegalia lisa dolorosa 7 cm debajo del reborde costal derecho y edema grado III de miembros inferiores. Se le realiza un ecocardiograma, que muestra hipertrofia concéntrica severa de características infiltrativas que sugiere amiloidosis con compromiso de la función sistólica por trastorno global difuso más marcado en la pared lateral e inferior con FEVI del 20%, disfunción diastólica con aumento de las presiones de llenado, dilatación biauricular y dilatación de las cavidades derechas con función sistólica disminuida. Se evalúa el funcionamiento del dispositivo, encontrando adecuados los umbrales de estimulación y captura. Se llevó a arteriografía coronaria con evidencia de las arterias epicárdicas sanas. Se le realiza un estudio de biopsia endomiocárdica documentando en la histoquímica como reactividad en el material amorfo extracelular para el rojo Congo alcalino, confirmando que se trata de la amiloide (figs. 2 y 3). Este material no reacciona en la inmunohistoquímica con los anticuerpos para la proteína AA y muestra una mayor reactividad para las cadenas kappa sobre lambda, sin ser enteramente conclusivo de reacción monotípica. En estudios adicionales se descarta amiloidosis primaria con biopsia de la médula ósea, la electroforesis de proteínas, la serie ósea y la biopsia de grasa subcutánea. Durante su evolución presenta signos de infección en



**Figura 2** Presencia de material amorfo separando las fibras miocárdicas (40×, coloración hematoxilina y eosina).

zona del bolsillo del dispositivo que lleva a necesidad de explante del generador y sus electrodos. Los cultivos mostraron *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina. Se da tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Al retiro del dispositivo se encuentra con bradicardia sinusal sin bloqueo AV avanzado (fig. 4), no presenta episodios de bajo gasto o síncope. Se realiza Holter cardíaco con reporte de extrasístoles ventriculares frecuentes y severa disminución de la variabilidad cardíaca sin demostrar bloqueo auriculoventricular. Se considera, en conjunto con la familia y dado el mal pronóstico de su patología de base, no realizar nuevo implante del dispositivo.



**Figura 3** Reactividad en el material amorfo indicando amiloide (40×, coloración de rojo Congo).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012136>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012136>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)