



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – PRESENTACIÓN DE CASOS

Ablación de taquicardia ventricular en displasia arritmogénica del ventrículo derecho



Andrés Díaz^{a,*}, Juan Acosta^a, Diego Penela^a, David Andreu^a, Andrés Nieto^b,
Juan Fernández-Armenta^a, Alejandro Olaya^b, Lluís Mont^a, Josep Brugada^a
y Antonio Berruezo^a

^a Sección de Arritmia, Departamento de Cardiología, Instituto de Tórax, Hospital Clínic e IDIBAPS, Barcelona, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital San José, Bogotá, Colombia

Recibido el 5 de noviembre de 2014; aceptado el 9 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 2 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Ablación con catéter;
Taquiarritmias;
Muerte súbita
cardiaca;
Miocardiopatía

Resumen La displasia arritmogénica del ventrículo derecho es una cardiopatía de origen genético, su importancia radica en la capacidad de generar muerte súbita en pacientes en la tercera y cuarta década de la vida, después de grandes esfuerzos por aumentar la sensibilidad y mejorar la capacidad diagnóstica continúa siendo un importante problema de salud pública. Los desfibriladores implantables han demostrado aumentar la supervivencia de quienes presentan arritmias letales asociadas, sin embargo, debido al carácter progresivo de la enfermedad un interrogante de importancia es cómo tratar a los pacientes con terapias apropiadas y frecuentes de estos dispositivos, la ablación por radiofrecuencia es una respuesta terapéutica seria a este dilema. En la actualidad disponemos de técnicas de ablación que combinan los métodos de la imagen TC cardiaca, la resonancia cardiaca, los mapas electroanatómicos y algunas herramientas de la electrofisiología convencional que permiten realizar ablaciones sin la inducción de arritmias ventriculares de forma sostenida y durante el ritmo sinusal, de modo similar el mejor entendimiento de la patogenia introdujo el uso de técnicas híbridas endo y epicárdica, la suma de cada uno de estos avances ha aumentado la tolerancia durante el procedimiento, ha mejorado los resultados en las etapas agudas postablación y en los seguimientos a mediano plazo, hoy los márgenes de seguridad y eficacia para esta técnica se incrementan, siendo de primera línea en diferentes situaciones de relevancia en esta compleja enfermedad.

© 2014 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/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Andresdiaz1992@live.com (A. Díaz).

KEYWORDS

Catheter ablation;
Tachyarrhythmias;
Cardiac sudden
death;
Cardiomyopathy

Ablation of tachycardia in arrhythmogenic right ventricular dysplasia

Abstract Arrhythmogenic right ventricular dysplasia (ARVD) is a genetic disease associated with sudden cardiac death, affecting subjects in the 3rd and 4th decade of life. Despite great efforts made in order to improve its early diagnosis, ARVD remains as a major public health problem in Europe and America. Currently, risk stratification of sudden cardiac death in patients with ARVD remains challenging. Over the last decade implantable defibrillators have been shown to increase survival of patients with structural heart disease and risk factors for sudden cardiac death. However, there is no consensus about how to treat patients with recurrent appropriate implantable defibrillators therapies. Recent studies have shown that radiofrequency ablation is an effective treatment for patients with recurrent episodes of ventricular tachycardia. Specifically, substrate ablation techniques have been shown to be especially useful in the case of ARVD, as these techniques allow performing ablation during sinus rhythm. Additionally, emerging tools as electroanatomic navigation, CT or MRI have provided further knowledge of the pathogenesis of ARVD, allowing the development of novel therapeutic approaches. In this review epidemiologic, pathogenic, diagnostic and therapeutic features of ARVD are discussed, with special focus on the treatment of ventricular arrhythmias associated with ARVD.

© 2014 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/>).

Introducción

La displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD) es una miocardiopatía de base genética que afecta principalmente a jóvenes del sexo masculino, siendo responsable hasta del 25% de las muertes súbitas en menores de 35 años¹⁻³. Se caracteriza por la aparición de arritmias ventriculares desde etapas tempranas de la enfermedad. En algunos casos, la muerte súbita es el síntoma inicial de la enfermedad. En casos de afectación severa cursa con dilatación ventricular y desarrollo de semiología de insuficiencia cardíaca⁴. El desfibrilador implantable ha demostrado ser efectivo para disminuir la mortalidad en esta patología⁵; sin embargo, existen pacientes con descargas apropiadas y frecuentes del dispositivo debidas a episodios recurrentes de taquicardia ventricular refractarios a tratamientos farmacológicos convencionales. Estos pacientes constituyen un reto desde el punto de vista terapéutico. En ellos, aumentar la calidad de vida, disminuir las hospitalizaciones, reducir al máximo las intervenciones farmacológicas y sus efectos colaterales son un objetivo primordial. En este contexto, la ablación por radiofrecuencia del sustrato arritmico es una alternativa segura y eficaz⁶⁻⁸. En la actualidad, se dispone de técnicas de ablación que no requieren de la inducción de arritmias de forma sostenida para el mapeo e identificación de los componentes críticos de los circuitos. Estas técnicas combinan el uso de las imágenes de resonancia cardíaca con los mapas electroanatómicos permitiendo la identificación de los sitios diana de la ablación durante el ritmo sinusal, aumentando el éxito y la seguridad al disminuir las complicaciones inherentes al procedimiento⁹⁻¹².

Caso clínico

Varón de 47 años de edad, presenta cuadros sincopales desde 1994 todos relacionados con esfuerzos físicos, ingreso

hospitalario en 1997, se le realiza electrocardiograma que muestra ritmo sinusal, con FC 66 LPM, eje eléctrico a 60° P-R 160 ms, BRDHH con QRS 140 ms y fragmentación final del QRS, ondas T invertidas de V1-V6 (fig. 1), ecocardiograma que evidencia hipoquinesia lateral del ventrículo derecho con cavidades izquierdas dentro de los límites de la normalidad, el estudio holter muestra extrasistolia ventricular monomorfa frecuente con imagen BRIHH. La ventriculografía isotópica informa una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 60% y del ventrículo derecho del 23%, se realiza estudio electrofisiológico con protocolo para inducción de arritmias ventriculares hasta con tres extraestímulos, se desencadena una TVMS con morfología de BRIHH y eje inferior, se confirma por criterios el diagnóstico de DAVD en un familiar de primera línea de consanguinidad, el padre, con los antecedentes antes mencionados se establece el diagnóstico de DAVD al cumplir cinco criterios menores del consenso de 1994 y se indica el implante de un desfibrilador procedimiento que se realiza en junio de 1997, se da de alta al paciente y se prescribe tratamiento con sotalol oral, control por las consultas de electrofisiología y cardiología clínica. Durante el seguimiento presenta descargas apropiadas del dispositivo esporádicas para lo que se decide aumentar la dosis de sotalol con respuesta buena, ha requerido dos recambios del generador por agotamiento de la batería en los años 2001 y 2009.

El 2 de marzo de 2013 el paciente es trasladado desde otro centro hospitalario por tormenta arritmica en el contexto de cuadro infeccioso respiratorio de probable etiología viral al verificar el dispositivo, se documentan 18 descargas apropiadas en un lapso de 14 horas. Se ingresa en unidad de cuidados intensivos, se continúa el tratamiento con amiodarona infusión prescrito desde la institución que dio la atención inicial, tras descartar factores desencadenantes (alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos del QT adquiridos asociados al uso de medicamentos, isquemia miocárdica) se solicita valoración por el grupo de taquicardia ventricular de la sección de arritmias y se decide

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012181>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012181>

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