

Tormenta eléctrica en miocardiopatía chagásica. Resolución de un caso complejo

Dra. Yasmin Villarroel Miglino, Dr. Castellanos Evaristo, Dr. Fernández Daniel, Dr. González Sergio, Dra. pilar haurigot, Dr. Jose cruzado

Introducción

La tormenta eléctrica en pacientes con miocardiopatía chagásica representa un reto destacado en electrofisiología, debido a su sustrato arritmogénico complejo, alta morbilidad y mortalidad. La integración de tecnologías avanzadas en imagenología cardíaca y estrategias personalizadas de manejo, permiten hoy en día controlar una arritmia refractaria en un contexto clínico de alta vulnerabilidad.

Caso clínico

Mujer de 64 años con miocardiopatía dilatada chagásica con deterioro severo (FEVI 14%), portadora de CDI con tecnología DX en prevención secundaria de MS (muerte súbita). Ingresó por tormenta eléctrica donde se registra en telemetría del dispositivo TVMS (taquicardia ventricular monomorfa sostenida) que revierten mediante ATP y choques. En tratamiento con amiodarona 200/8 y medicación óptima para IC. Las taquicardias en algunos episodios, se iniciaba con ciclos largo-corto generados por bradicardia sinusal. El ecocardiograma evidenció trombos intracavitarios en ápex y región sub valvular mitral y disfunción ventricular severa.



Figure 2 imagen isoecogenica compatible con trombos en ápex (13x8mm) y en segmento basal de pared inferolateral en anillo mitral (12x5mm).

Eléctrica. En este caso, sumado a la complejidad del sustrato de la MCD chagásica, se agrega la presencia de trombos intracavitarios que limitan el acceso endocárdico. El empleo de la tecnología adecuada, la experiencia e infraestructura del centro donde se realiza la intervención son factores fundamentales en los resultados de la terapéutica.

Resolución

Se reprogramo el dispositivo evitando ciclos largo-corto. Posteriormente, bajo anestesia general y mediante acceso epicardico se obtiene mapa de alta densidad con catéter multipolar (HD Grid) donde se identifica zona de cicatriz heterogénea en región latero-basal e inferior del VI. A continuación se realiza ablación anatómica (deschaneling) con catéter irrigado con sensor de fuerza de contacto (Tacti Cath). Tras seguimiento de 3 meses de seguimiento no se evidencio recurrencia de la arritmia tratada, con tratamiento óptimo para IC y mejoría de FEVI (30%).

Conclusiones

La ablación con catéter es una alternativa eficaz para el control de la tormenta eléctrica. En este caso, sumado a la complejidad del sustrato de la MCD chagásica, se agrega la presencia de trombos intracavitarios que limitan el acceso endocárdico. El empleo de la tecnología adecuada, la experiencia e infraestructura del centro donde se realiza la intervención son factores fundamentales en los resultados de la terapéutica.

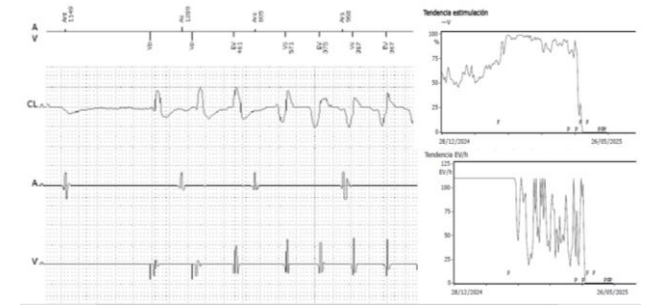


Figure 1 TV por estimulación ventricular.

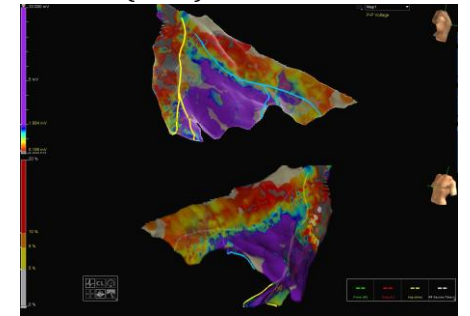


Figure 3 ablacion con radiofrecuencia guiado con Ensite precision 3D de sustrato de pared lateral epicardica basal del VI. CCG sin proximidad entre zonas de interes.

