

Cas clínic

Dra Albina Aldomà Balasch
Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Arnau de
Vilanova, Lleida

14 de Novembre de 2014



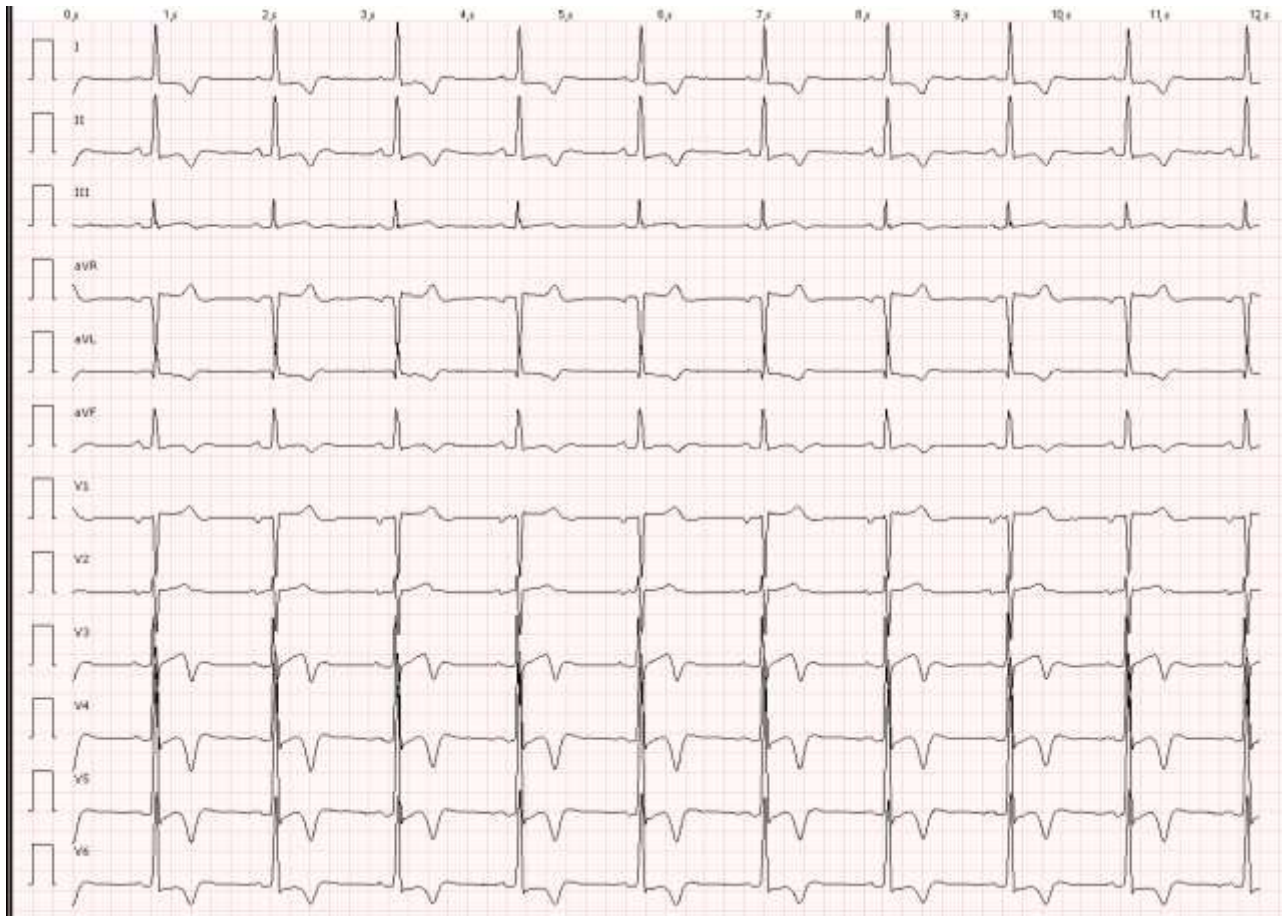
ANTECEDENTS

- Dona de 46 anys
- Al.lèrgia a la penicilina
- FRCV: dislipèmia
- No hàbits tòxics

- Tractament habitual
 - Simvastatina 20 mg/24h

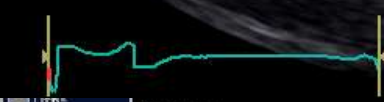
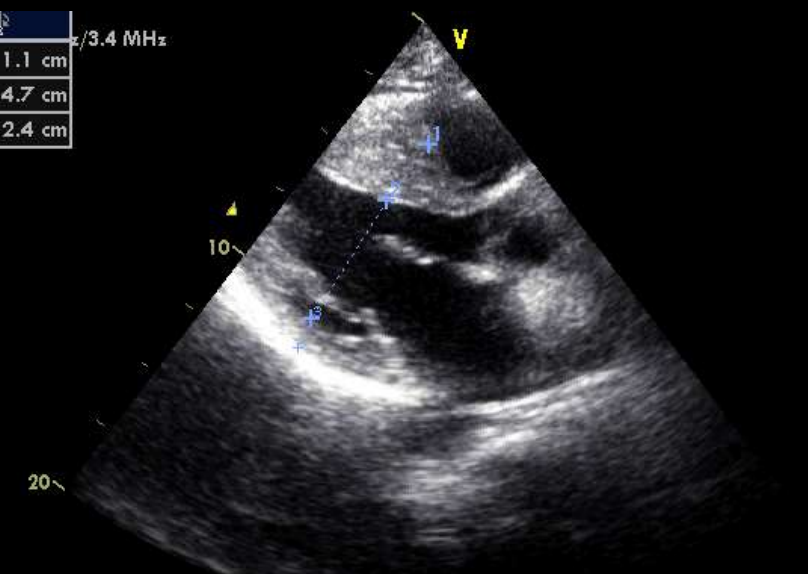
■ H^a cardiològica

- Antecedents familiars de mort sobtada. Germà diagnosticat de miocardiopatia hipertròfica.
- Diagnosticada de miocardiopatia hipertròfica al 2004.

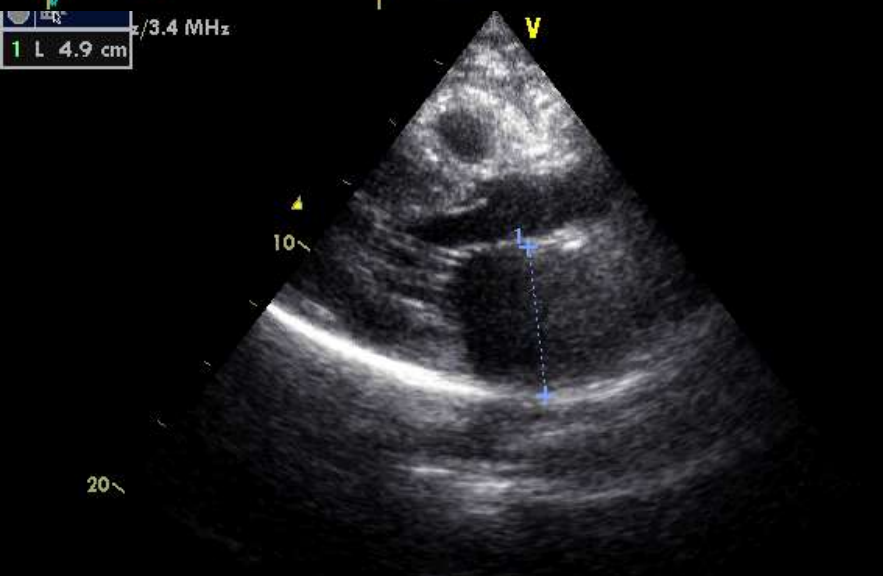




3.4 MHz
L 1.1 cm
L 4.7 cm
L 2.4 cm
-74



2:48 42 HR



3.4 MHz
1 L 4.9 cm

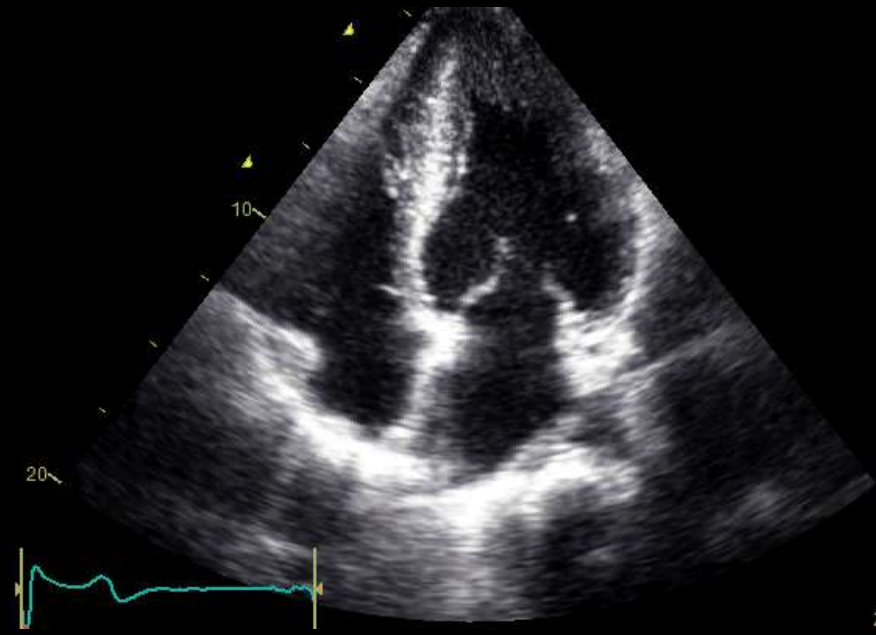
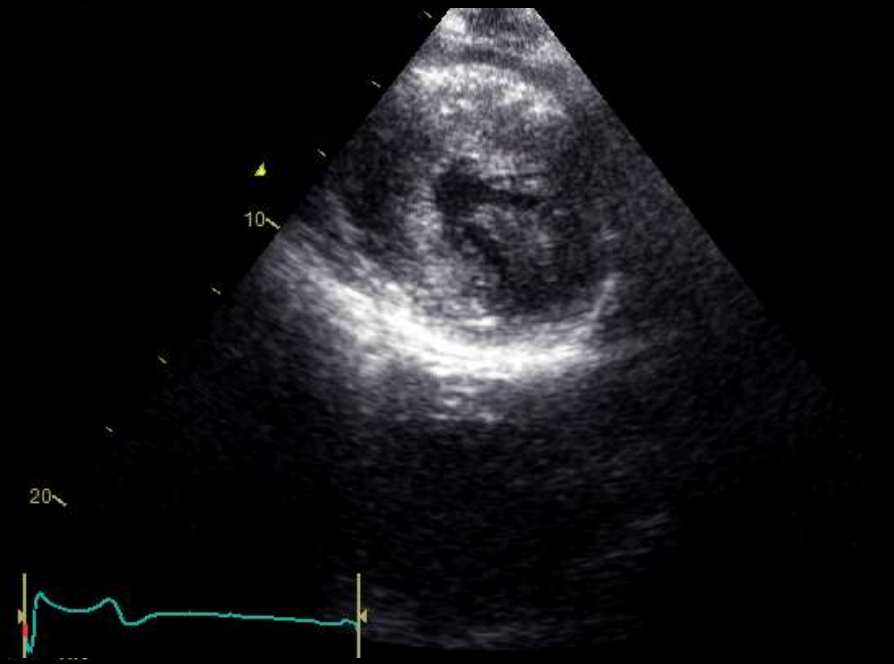
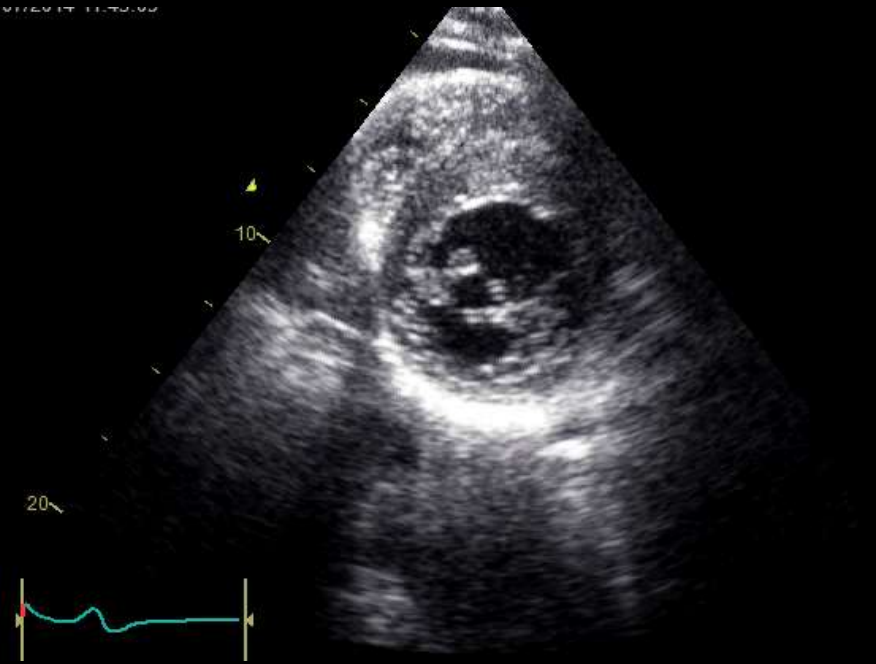


43 HR
-74



2:47 41 HR

00:00:00

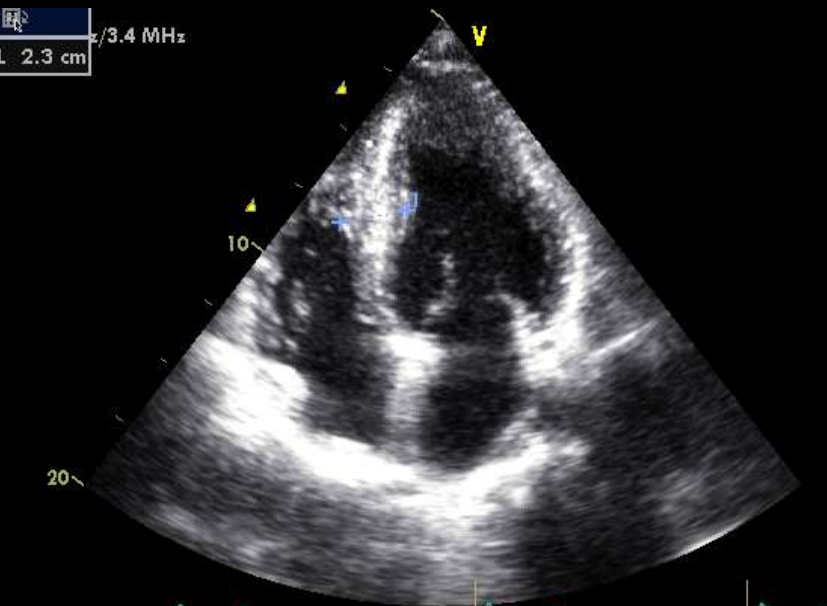


43
2:57 HR

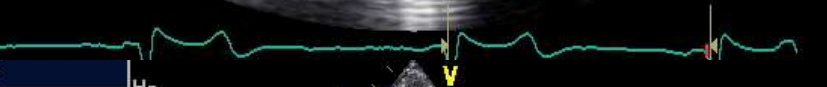
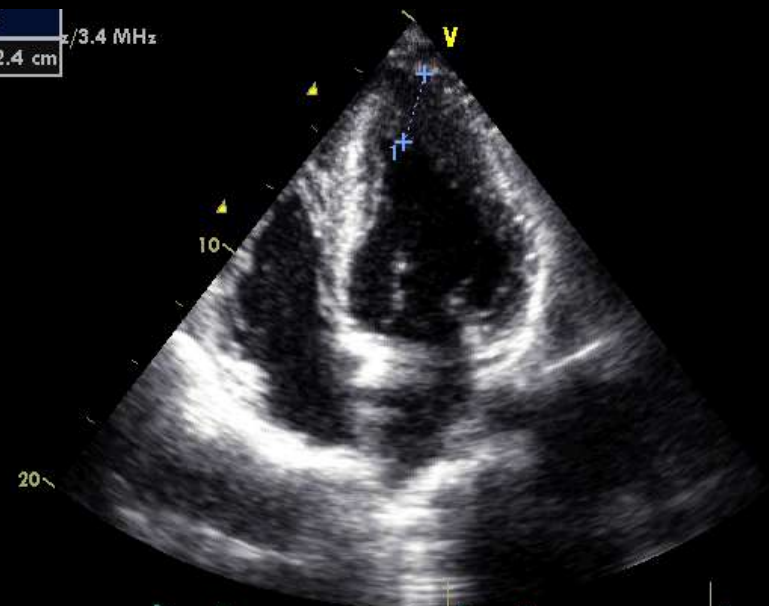


42
4:54 HR

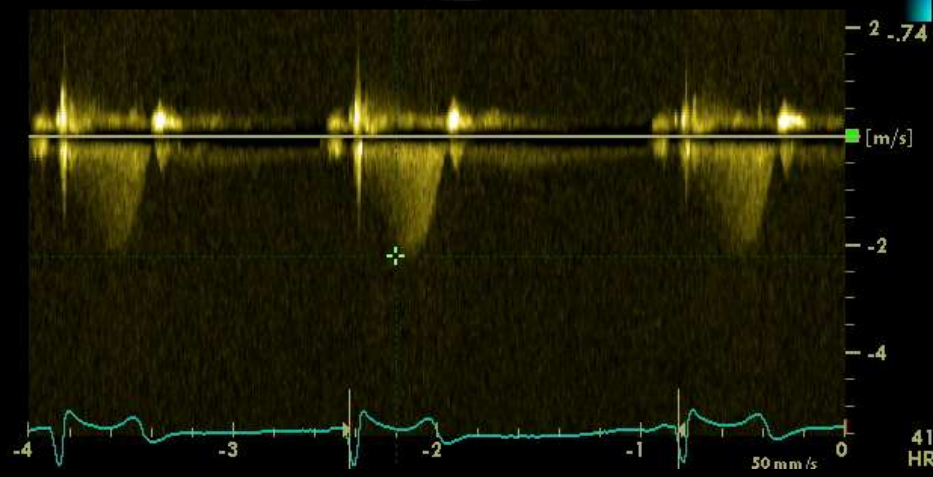
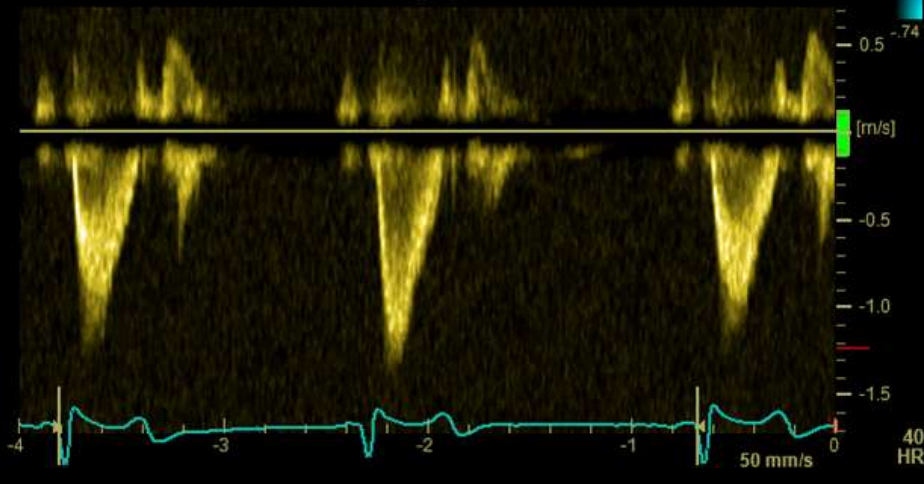
3.4 MHz
1 L 2.3 cm



3.4 MHz
1 L 2.4 cm



42 HR
v 2.24 m/s
p 20.01 mmHg



HISTÒRIA ACTUAL

- Ingrés per primer episodi d'insuficiència cardíaca en context de fibril·lació auricular de debut (2010) amb FVM 120-130 bpm → CVE → RS.
- Analítica de sang:
 - Funció tiroidea normal
 - Ions i funció renal normal
 - Hemograma normal
- Evolució clínica posterior favorable.

■ Tractament a l'alta?:

A) Estratègia de control ritme vs control freqüència:

- 1. Iniciar tractament frenador.
- 2. Iniciar fàrmac antiarítmic. Quin?
- 3. No cap tractament antiarítmic ja que és el 1r episodi.
- 4. Plantejar ablació de VVPP.

B) Estratègia antitrombòtica:

- 1. Iniciar anticoagulació.
- 2. Iniciar antiagregació.
- 3. Res, ja que té baix risc embòlic.



■ Tractament a l'alta

- Atenolol 25 mg/12h
- No es va iniciar tractament antiarítmic
- De moment no es planteja ablació de VVPP
- Es va iniciar Sintrom
- Simvastatina 20 mg/24h

Evolució

- Nou ingrés uns mesos més tard per un altre episodi de fibril·lació auricular amb FVM 110 bpm + insuficiència cardíaca 2ària → CVE efectiva → RS.
- Tractament a l'alta?
 - 1. Iniciar FAA
 - Fàrmacs Ic (Flecaïnida o Propafenona)
 - Amiodarona
 - Dronedarona
 - 2. Plantejar ablació de VVPP




■ Tractament a l'alta

- S'augmenta tractament cronotrop negatiu:
Atenolol 50-0-25 mg.
- S'inicia tractament antiarítmic amb
Amiodarona.
- De moment no es planteja ablació de VVPP.
- Resta de tractament sense canvis.

- 
- Posteriorment varis ingressos per insuficiència cardíaca en context d'episodis de fibril·lació auricular tot i el tractament antiarrítmic (3-4/any).

- I ara què fem?

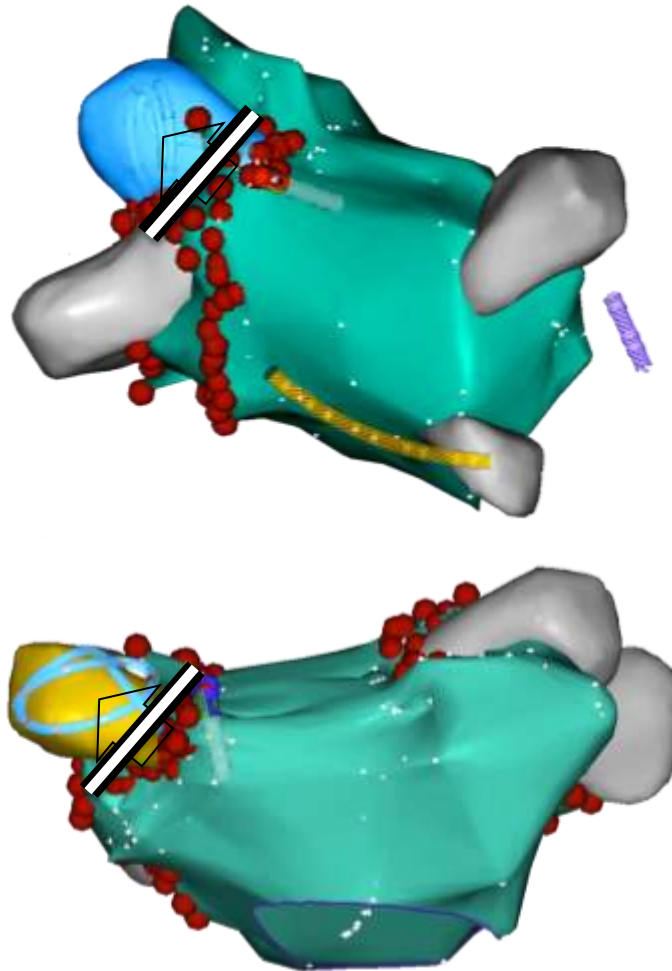
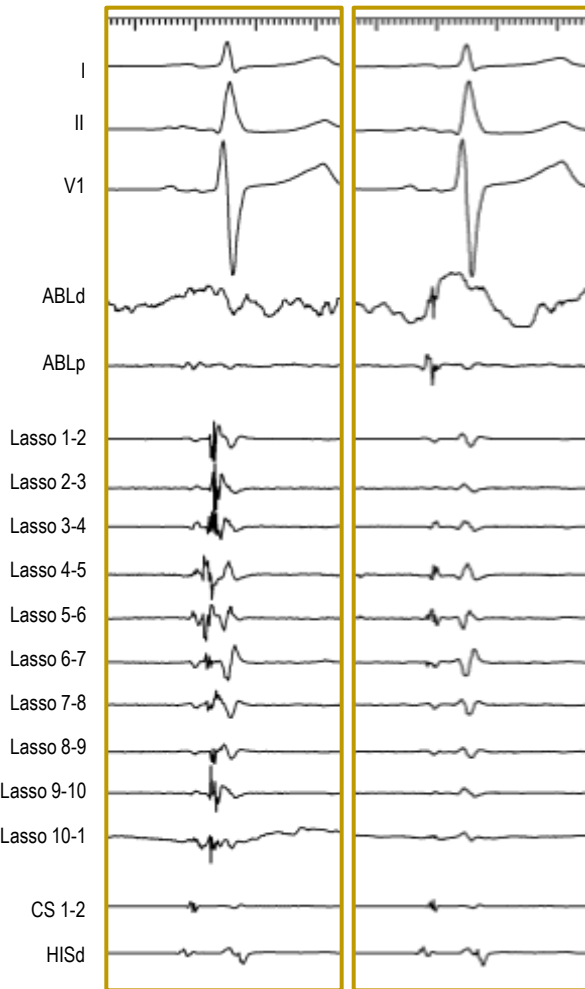
- 1. Canviar de tractament antiarrítmic: Amiodarona per Dronedarona.
- 2. Ara sí, plantejem ablació de VVPP.
- 3. Ajustar tractament cronotrop negatiu: canviar beta-bloquejant per calciantagonista.
- 4. Deixar-la en FA permanent.
- 5. Plantejar ablació de NAV + implant de marcapàs si no s'assoleix un adequat control de FC.

- 
- Es va mantenir el mateix tractament antiarítmic i beta-bloquejant.
 - Es va realitzar ablació de VVPP
 - Va requerir 3 procediments ja que seguia presentant recurrències.

Fibril·lació Auricular: Venes Pulmonars

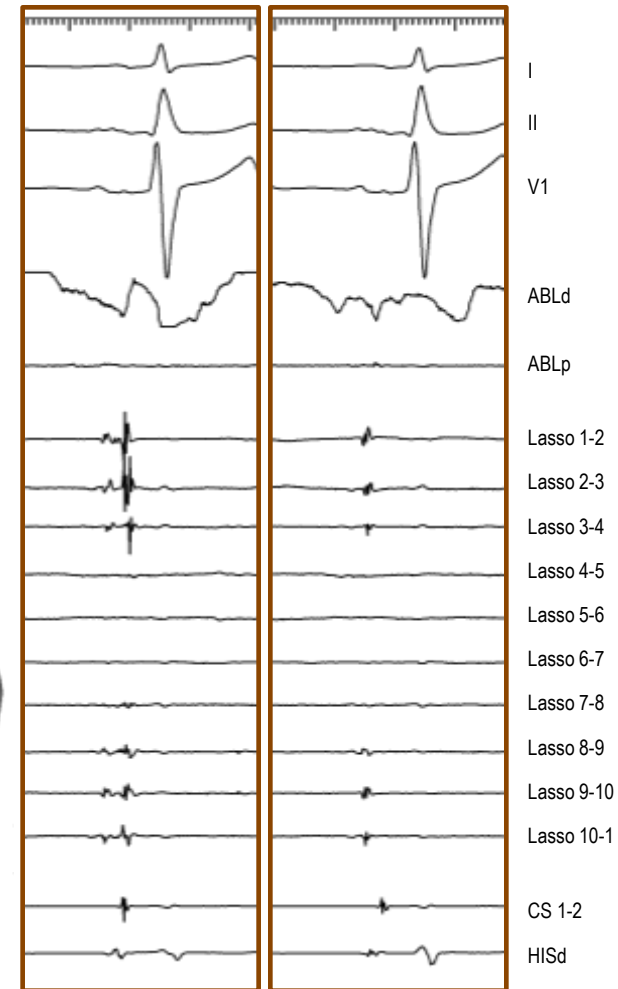
VPSE

Conectada Aïllada



VPSD

Conectada Aïllada



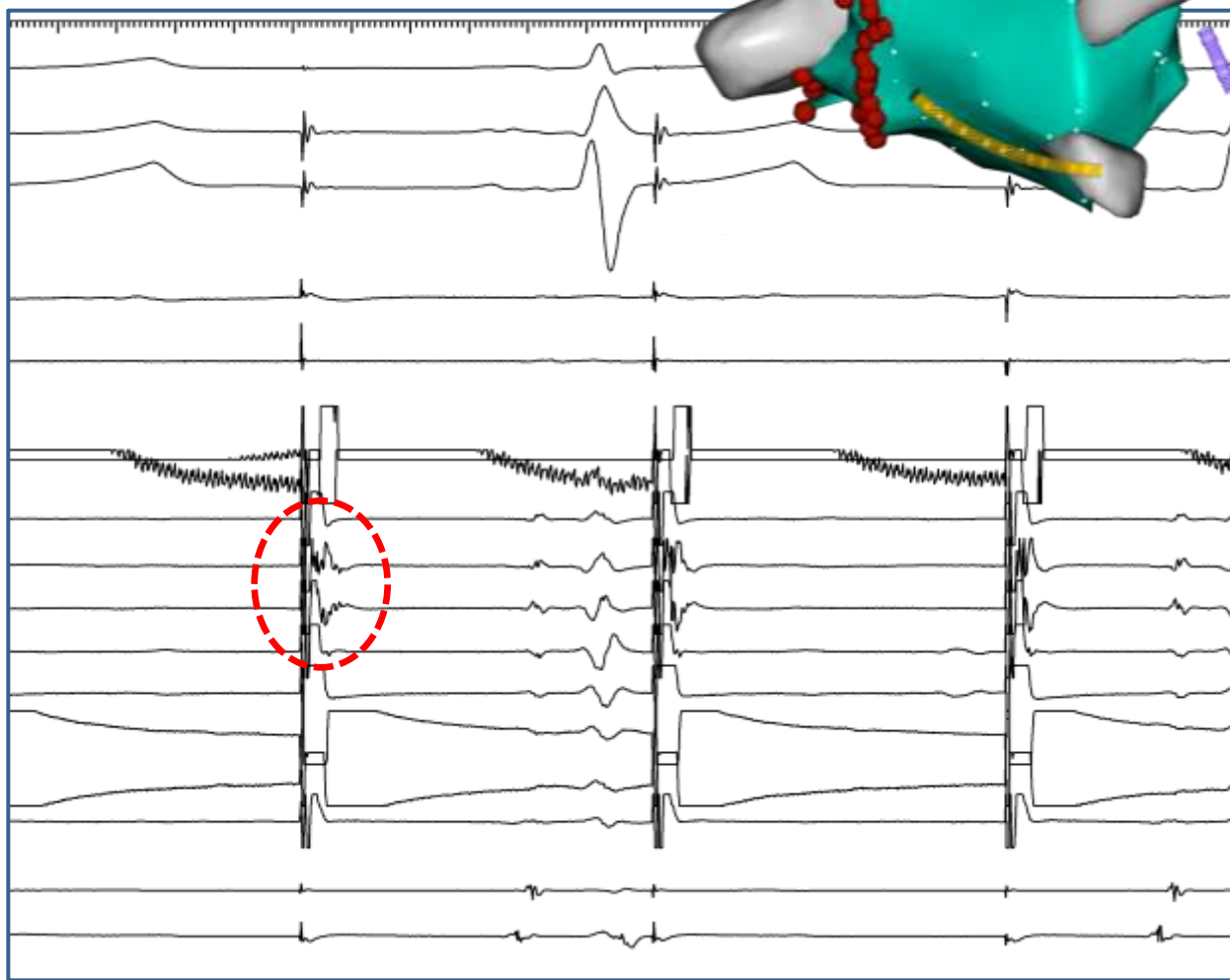
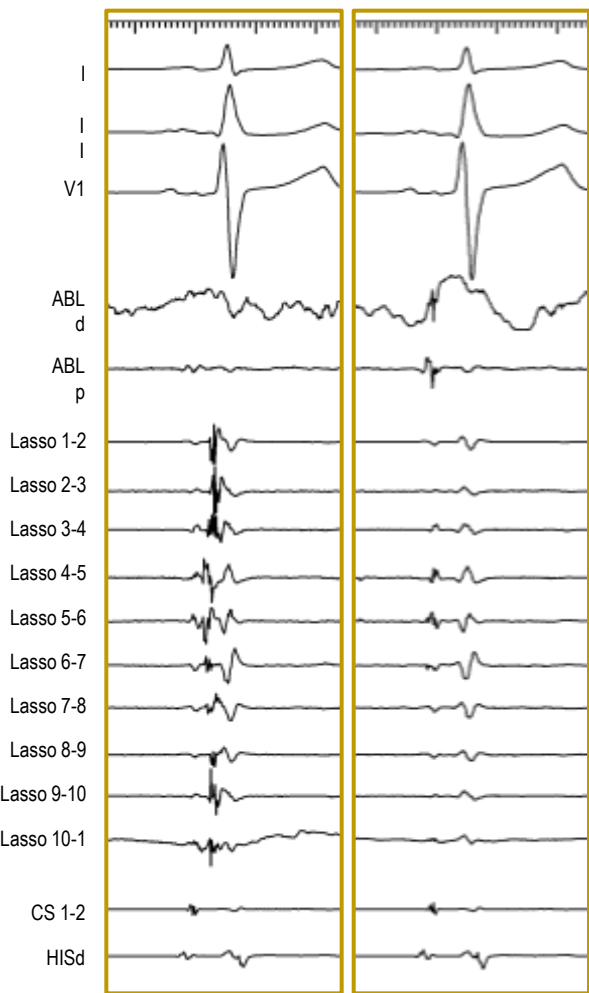
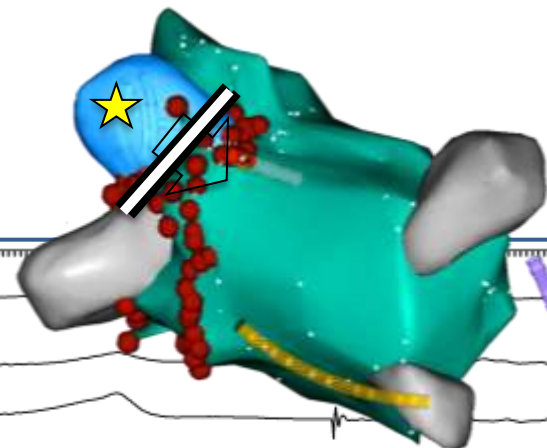
Fibril·lació Auricular: Venes Pulmonars

VPSE

Conectada

Aïllada

Bloqueig de sortida



MOLTES GRÀCIES

