

Bloqueig auriculoventricular 2n grau tipus Mobitz II secundari a amiodarona

» Autors

Lorena Díez García¹, Mais Khouli², M^a Antonia Ribas Batllori³

1- Metgessa resident, ABS Centre L'Hospitalet de Llobregat.

2- Metgessa resident, ABS Centre L'Hospitalet de Llobregat.

3- Metgessa família, ABS Centre L'Hospitalet de Llobregat.

» Revisors:

Enric Juncadella i Lurdes Alonso

» Correspondència

Lorena Díez García

Adreça electrònica: lorena_dg@hotmail.com

Publicat: juny de 2011

Díez García, Lorena; Mais Khouli and Ribas Batllori, M^a Antonia (2011) Bloqueig auriculoventricular 2n grau tipus Mobitz II secundari a amiodarona, Butlletí: Vol 29: Iss 2, Article 2.
Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss2/2>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

CAS CLÍNIC:

INTRODUCCIÓ

La fibril·lació auricular (FA) és l'arítmia sostinguda més freqüent. La prevalença depèn de l'edat, essent <1% en menors de 60 anys i >7% en majors de 80 anys. Les estimacions més recents estableixen que el 10% de la població presenta FA a l'edat de 75 anys.¹ La reversió a ritme sinusal és el primer objectiu terapèutic. El fàrmac d'elecció en la FA paroxística estable hemodinàmicament, és l'amiodarona proporcionant un índex de recurrència baix².

L'amiodarona és un antiarítmic àmpliament utilitzat però no s'ha d'oblidar els efectes adversos ni la toxicitat produïda als diferents teixits. El bloqueig auriculoventricular és un efecte indesitjat amb baixa incidència i pot presentar-se amb clínica inespecífica o simular una clínica compatible amb cardiopatia isquèmica com al cas clínic que es presenta a continuació.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 70 anys que acut al servei d'urgències hospitalàries al gener del 2010 per palpitations amb vegetisme i sense dolor toràcic. La pacient refereix episodis similars anteriors, autolimitats que no van ser objectivats.

Com a antecedents patològics presenta dislipèmia tractada amb rosuvastatina 10mg, *osteoporosi* tractada amb calci i *depressió* tractada amb paroxetina. No HTA ni DM.

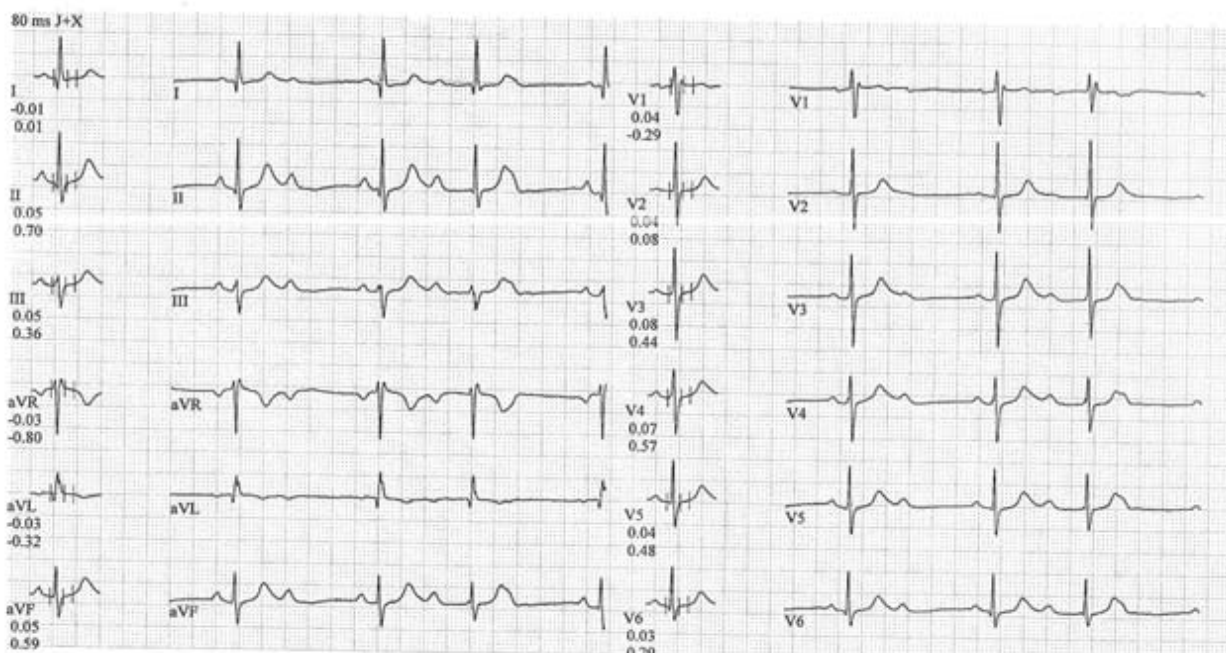
A l' exploració cardiovascular destaca una taquiarítmia a 163 bpm, sense bufes ni altres sorolls audibles. TA 110/90. ECG: ACxFA a 176 bpm. Resta d'exploració física sense troballes.

La pacient és monitorada i s'inicia tractament amb amiodarona i digoxina, aconseguint reversió a ritme sinusal. És donada d'alta a domicili amb amiodarona 200 mg 1 comprimit/24h i AAS 300mg 1comp./24h com a tractament.

La pacient visita el CAP i s'inicia estudi, sol·licitant: Ecocardiograma, funció tiroïdal i derivació a cardiologia. Al febrer 2010 és visitada pel cardiòleg, amb ecocardiograma sense troballes significatives (VE i aurícules no dilatades, contractibilitat normal, esclerosi aòrtica i insuficiència aòrtica lleu), i recomana dieta i tractament amb estatines sense modificació de tractament cardiològic.

Al març de 2010, la pacient consulta per dispnea a moderats esforços que no existia prèviament, sensació de disconfort toràcic i pesadesa a ambdós braços que es desencadena amb l'esforç i cedeix amb el repòs. No refereix dolor toràcic ni vegetisme. Es sol·licita prova d'esforç (**figura 1**) que és realitzada al juny de 2010 amb la conclusió de: Aparició de bloqueig AV de 2ºGrau Mobitz II (2:1) al nivell explorat que desapareix en la fase de recuperació. Es recomana la suspensió d' amiodarona i realitzar estudi ECG-Holter.

Figura 1: Bloqueig AV 2ºGrau o Mobitz tipus II.



Un mes i mig després de retirar l'amiodarona, la pacient ha presentat importat millora clínica.

DISCUSSIÓ

El diagnòstic del cas clínic correspon a un bloqueig AV 2º Grau secundari a amiodarona. El bloqueig auriculoventricular 2ºGrau o Mobitz II es caracteritza per un PR constant fins que hi ha una ona P que no condueix.³ Habitualment és degut a un bloqueig a nivell del feix de Hiss o alguna de les seves branques. El risc que presenta aquest bloqueig és la seva alta probabilitat d'evolució a bloqueig complet.

La simptomatologia del bloqueig AV depèn fonamentalment de la freqüència ventricular (FV). En gran part dels bloquejos de 2º grau el pacient roman asimptomàtic. Si la FV és baixa, apareixen signes de baixa despesa cardíaca com marejos, presíncope, síncope, angina i insuficiència cardíaca.⁴

L'amiodarona és un fàrmac antiarítmic del grup III que posseeix propietats vasodilatadores i antianginoses.⁵ Els efectes varien segons la via d'administració i la durada del tractament. En tractaments aguts, perllonga el període refractari i deprimeix la velocitat de conducció a través del node AV (allarga el PR). Els tractaments crònics disminueixen la freqüència sinusal i perllonga QT.⁶

El tractament crònic amb amiodarona produeix una alta incidència de reaccions adverses (**Taula 1**) que obliguen a suspendre el tractament, recordant la persistència del fàrmac en el cos durant mesos després de la seva retirada. A dosis altes, pot produir alteracions neurològiques, hepatotòxiques i cardiovasculars de tipus: hipotensió arterial, bradicàrdia, insuficiència cardíaca, bloqueig AV, bloquejos intracardíacs i taquicàrdies supraventriculars tipus torsades de pointes.⁵

Taula 1: Incidència d'efectes adversos amiodarona

| LOCALIZACIÓ | EFFECTE | INCIDÈNCIA |
|-------------------------|--|--------------------|
| COR | Bradicàrdia Bloqueig AV | 2-4% Desconegut |
| TIROIDES | Hipotiroidisme | 6% |
| PELL | Pigmentació Blaugrisos Fotosensibilitat | 4-9% 2-75% |
| FETGE | ↑ enzimes hepàtiques Hepatitis i Cirrosis | 15-30% <3% |
| ULLS | Microdepòsits corneals Neuropatia òptica | >90% 1-2% |
| GASTRO INTESTINAL | Nàusees / Anorèxia | 30% |
| SISTEMA NERVIÓS CENTRAL | Tremolor / Atàxia | 3-35% |
| PULMÓ | Fibrosi Pulmonar | 1-17% |

Les indicacions terapèutiques de l'amiodarona són la profilaxi i el tractament de la majoria de les arítmies supraventriculars i ventriculars que apareixen en pacients amb patologia cardiovascular associada (insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, hipertensió arterial, cardiomiopaties, valvulopaties, etc...). També supprimeixen les extrasístoles ventriculars i pot controlar un 60-80% de TV a diferència dels antiarítmics del grup I i IV. La amiodarona és, a més efectiva per a revertir el flutter i la fibril·lació auricular a ritme sinusal i sembla ser el més efectiu per a prevenir recurrències de fibril·lació auricular.⁷

L'amiodarona, per les seves indicacions i la seva eficàcia es un fàrmac d'ús freqüent a les nostres consultes, però és important no oblidar que pot ser responsable de múltiples efectes secundaris.

Davant d'un quadre de dolor toràcic de presentació més o menys atípica en un pacient sense factors de risc cardiovascular, en tractament crònic amb amiodarona hem de pensar en la possibilitat d'un bloqueig, tot i ésser un efecte secundari infreqüent.

El cas que presentem crida l'atenció que la clínica s'inicia després d'un període curt (2 mesos) de tractament per via oral amb amiodarona a dosis terapèutiques (200 mg/24h).

BIBLIOGRAFIA

1. Swiss Med Wkly. 2009 Jun 27; 139(25-26):346-52. Review.
2. Fuster V, Ryden LE, Asinger RW et al.: Guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. Rev. Esp Cardiol. 2006; 59(12):1329.e1- e64.
3. Jeffrey E. Olgin, Douglas, Zipes. Arritmias específicas: Diagnóstico y tratamiento. A: Bonow, Libby, Mann, Zipes. Tratado de Cardiología. Texto de medicina cardiovascular.(8ªEdición). Elsevier Saunders, 2009; Vol.I (35): 869-873.
4. Marchlinski, F. Taquiarritmias. A: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Janeson, Loscalzo. Harrison, Principios de Medicina Interna (17ª Edición) McGraw Hill, (2008); Vol. II (226): 1427-1431
6. Roden Dan M. Antiarrhythmic Drugs. A:Hardman, Limbird, Gilman. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics (10ªEdition). McGraw Hill, (2001); (35): 953-957.
7. Torres Murillo JM, Jiménez Murillo L, Degayón Rojo H, Romero Moreno MA, Montero Pérez FJ, Suárez de Iezo J, Cruz-Conde. Fibrilación y flutter auricular. Arritmias aurículoventriculares y arritmias ventriculares. A: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía de diagnóstico y protocolo de actuación.(4ªEdición). Elsevier, (2010); (21): 176-184.
8. Miller, J, Zipes D. Tratamiento de arritmias cardíacas. A: Bonow, Libby, Mann, Zipes. Tratado de Cardiología. Texto de medicina cardiovascular.(8ªEdición). Elsevier Saunders, 2009; Vol.I (33): 794-795.