

Caso clínico

E.A. 53 años, varón.

Hipertensión arterial leve controlada (IECA o ARAII)

1996: episodio de palpitaciones rápidas, tratado con medicación i/v que desconoce; alta sin medicación.

2002: Palpitaciones y presíncope. Se documenta extrasistolia supraventricular frecuente y episodios breves de Fibrilación Auricular Paroxística. Se inicia tratamiento con amiodarona y warfarina.

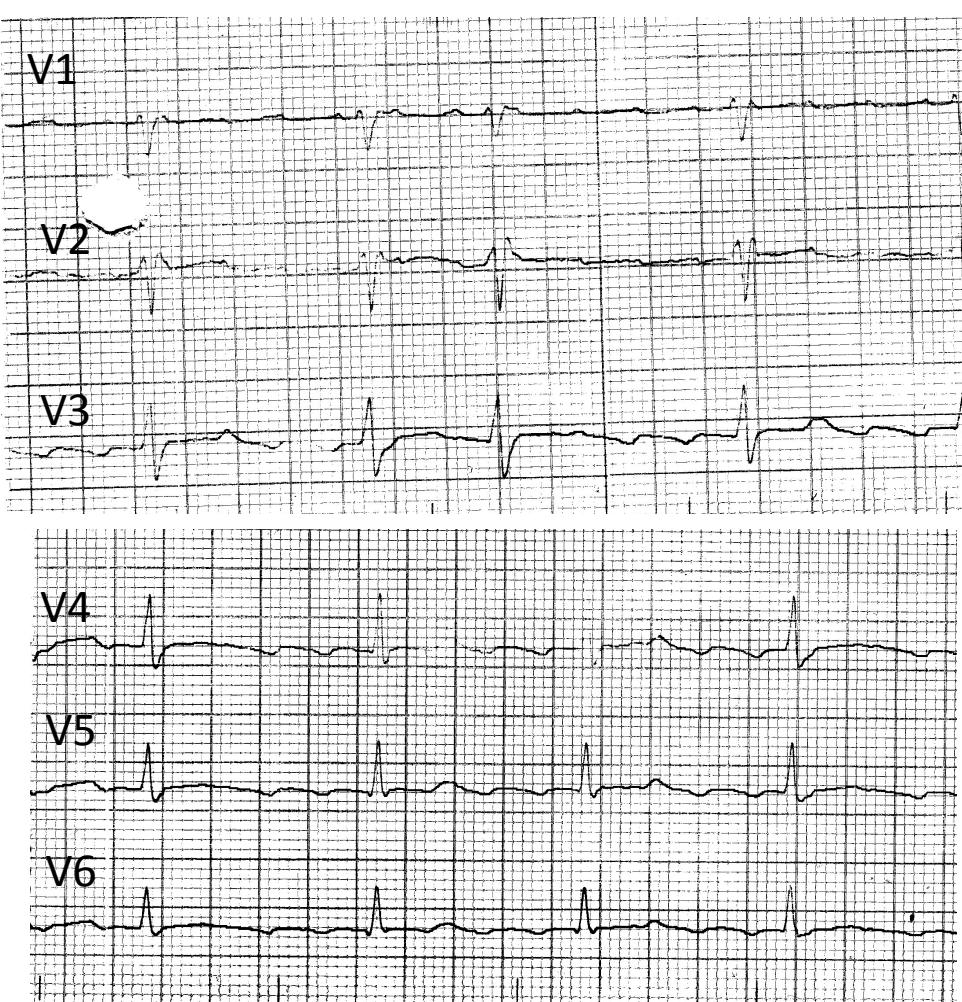
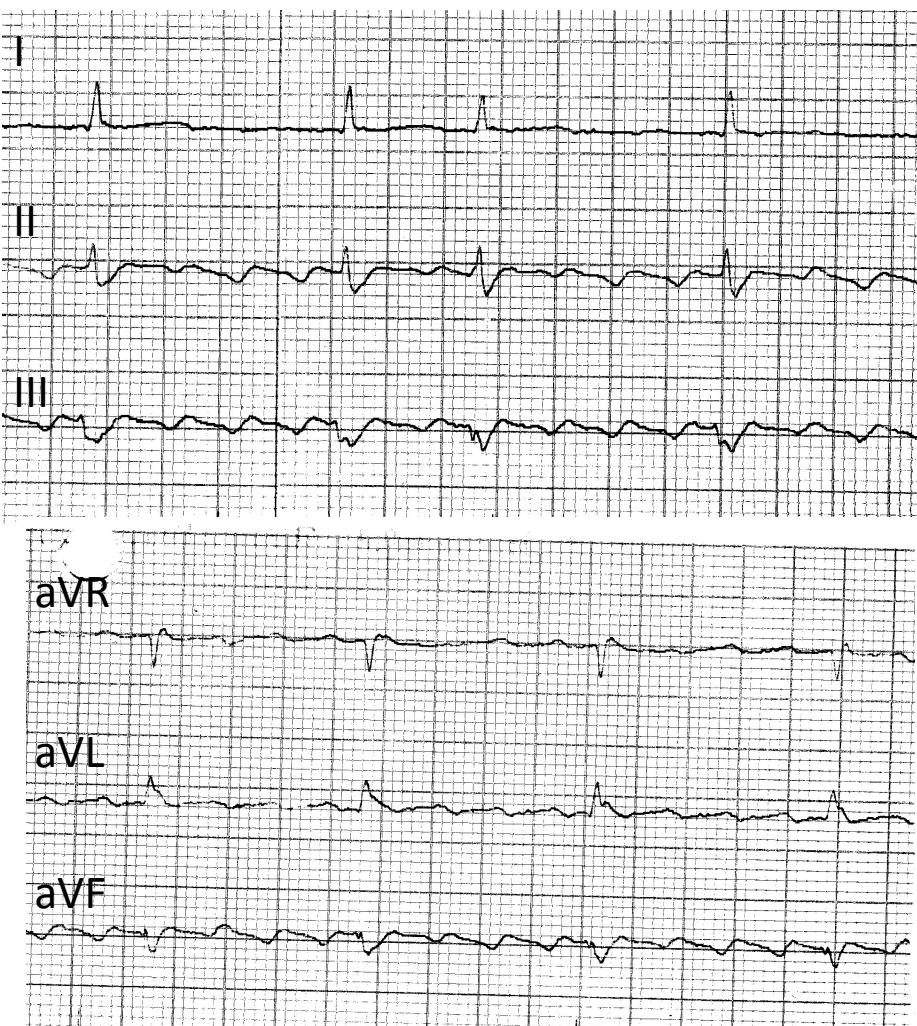
2005: persiste sintomático; debe suspenderse amiodarona por disfunción tiroidea. Se registran episodios de flutter auricular común antihorario.

ECG basal normal. Ecocardiograma normal.

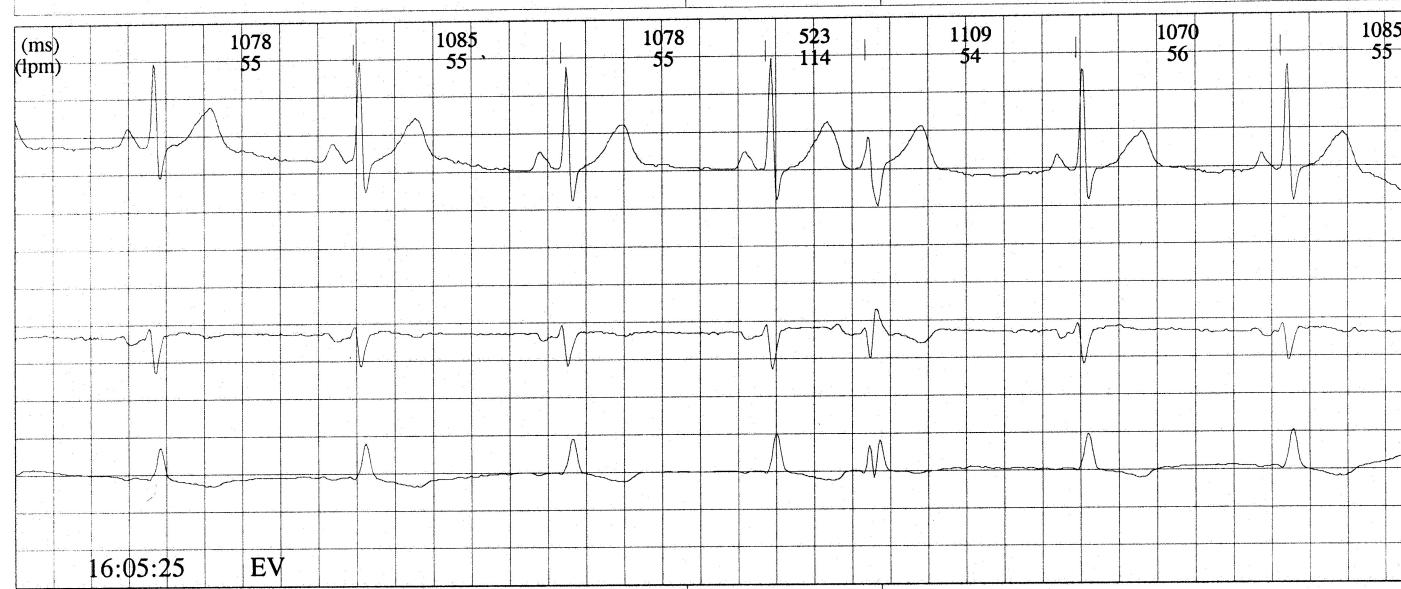
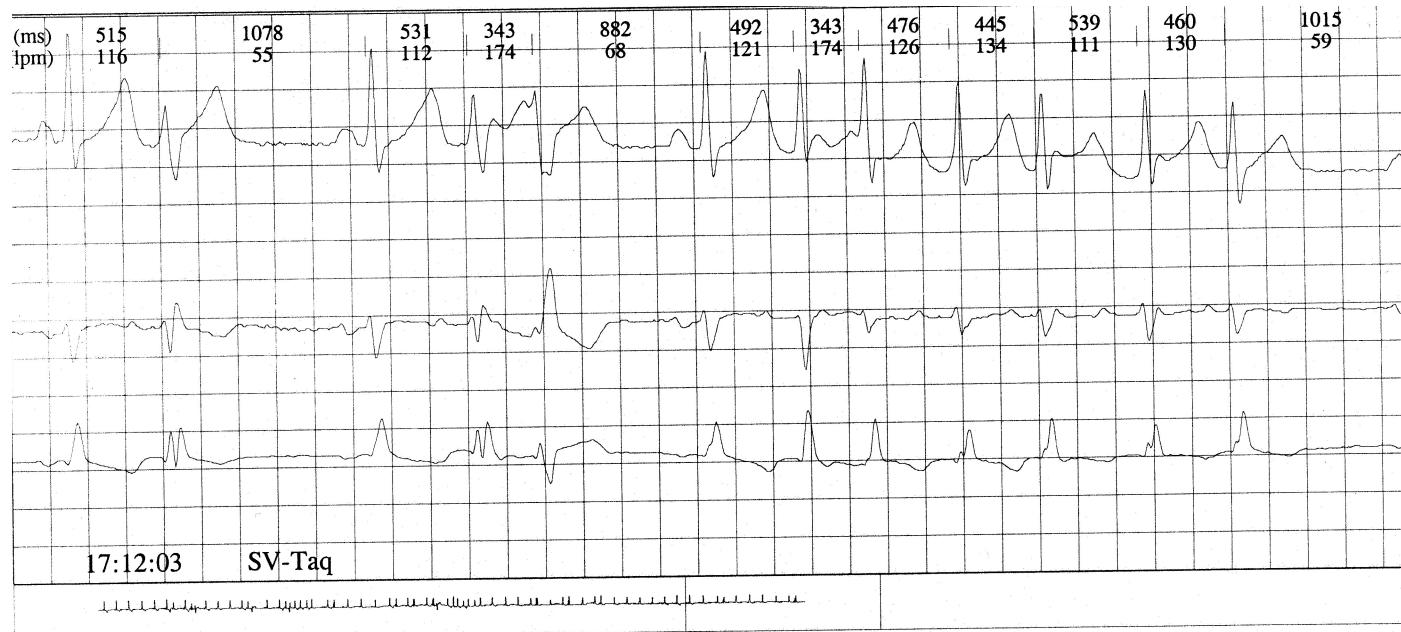
Se indicó ablación de Flutter auricular (se obtuvo bloqueo bidireccional en el istmo cavo tricusídeo y se constatan extrasístoles auriculares frecuentes de origen en atrio izquierdo).

Persiste sintomático.

ECG 2005

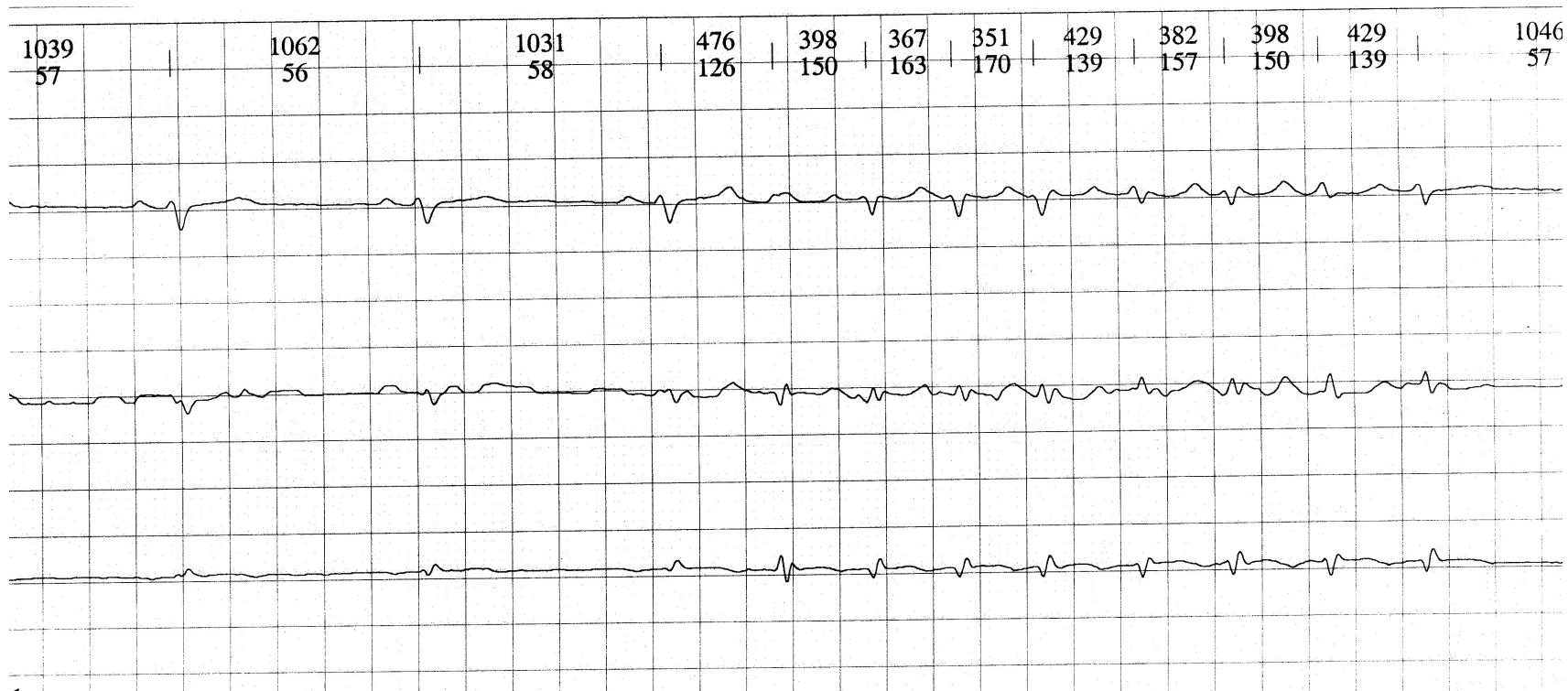


Holter 2005



Holter 2006

Post ablación de Flutter Auricular común



Caso Clínico (continuación I)

2005-2009: episodios cada vez más frecuentes de FA, paroxística y persistente. En los últimos meses episodios prácticamente diarios, muy sintomáticos.

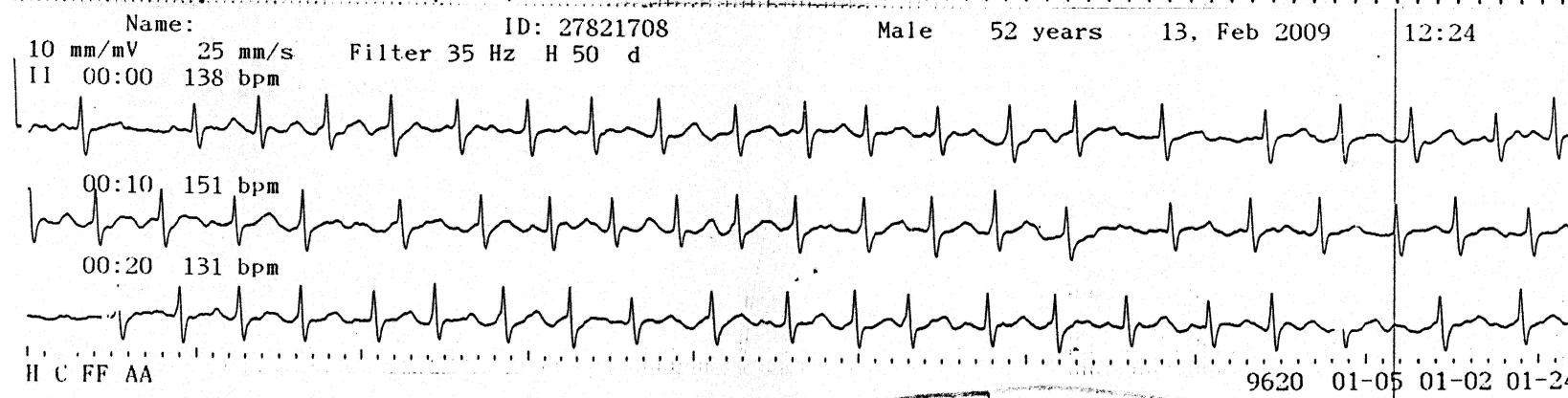
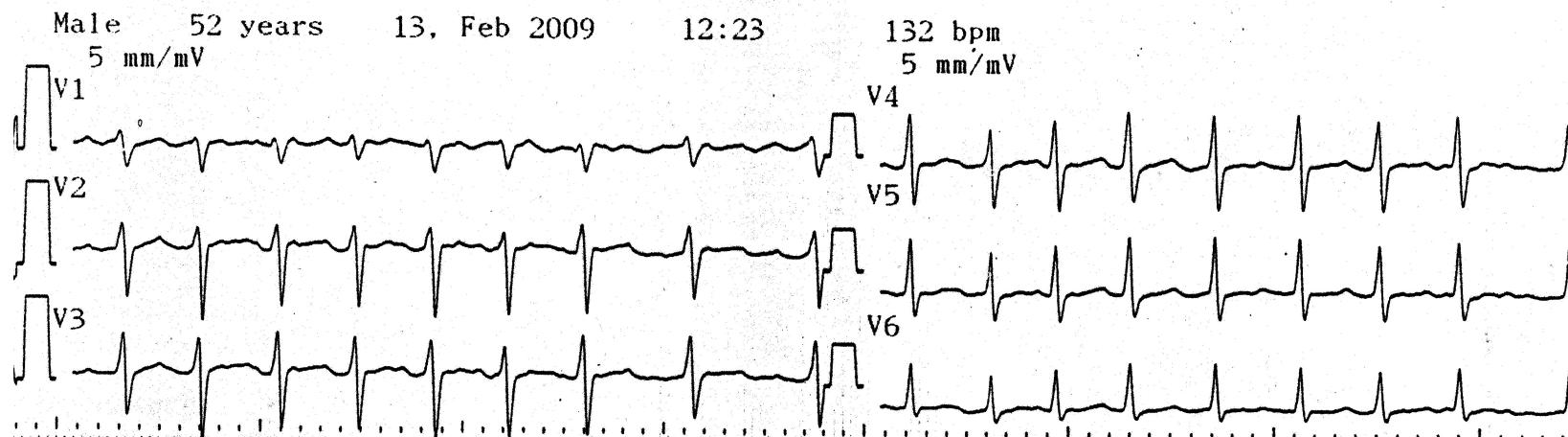
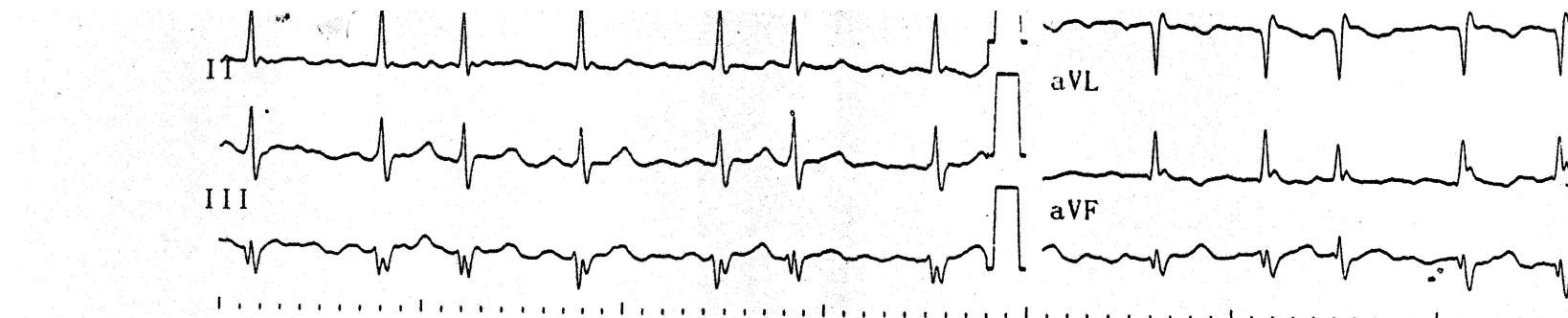
Múltiples internaciones.

Tratado sin éxito con: sotalol, flecainida, propafenona, atenolol.

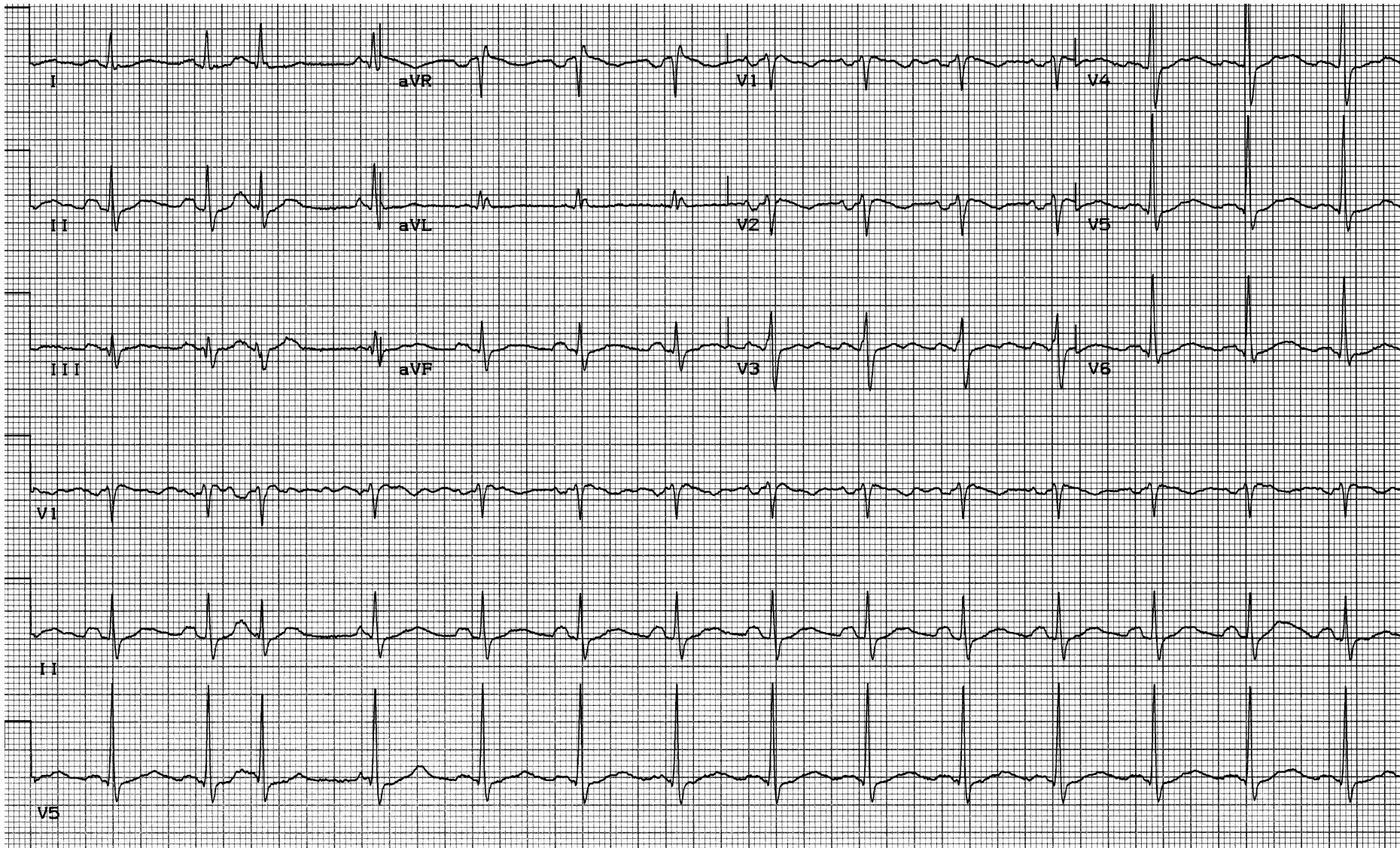
Ecocardiograma: FEVI 50%, A Izq. 46 mm.

Se indica EEF y ablación FA.

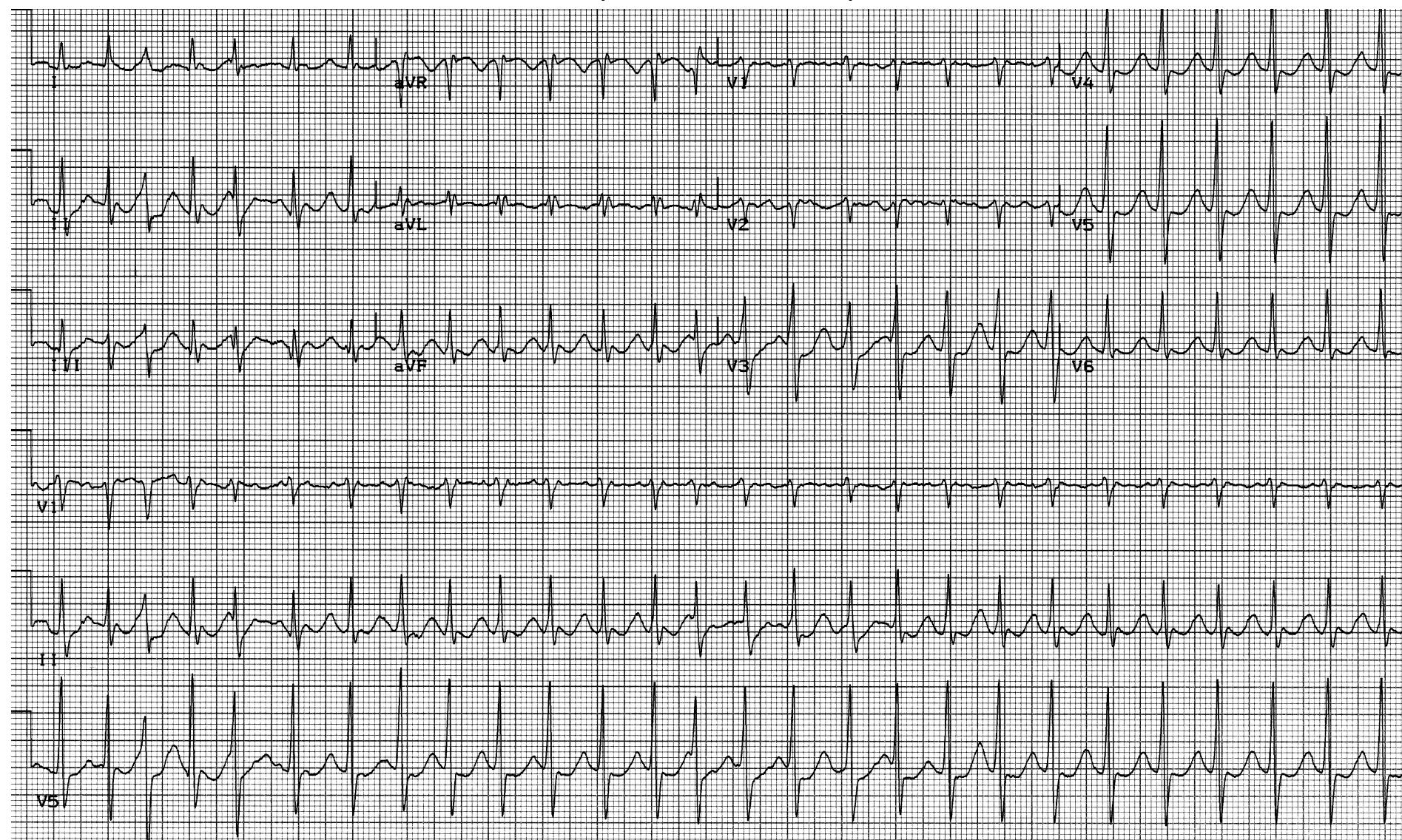
ECG basal febrero 2009

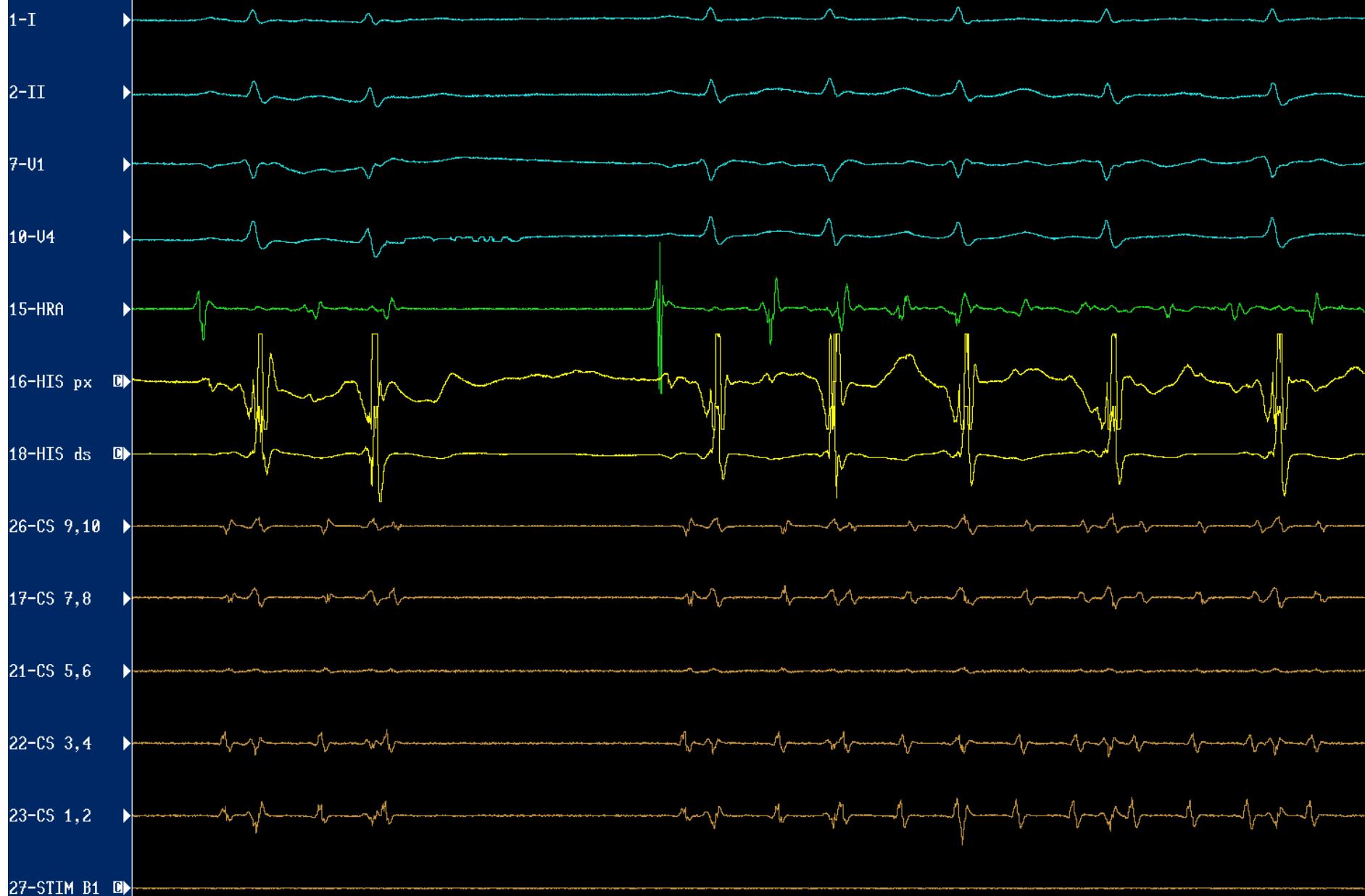


EEF
ECG basal



EEF
FA espontanea con Isuprel





FA con isuprel antes de acceso a A izq.

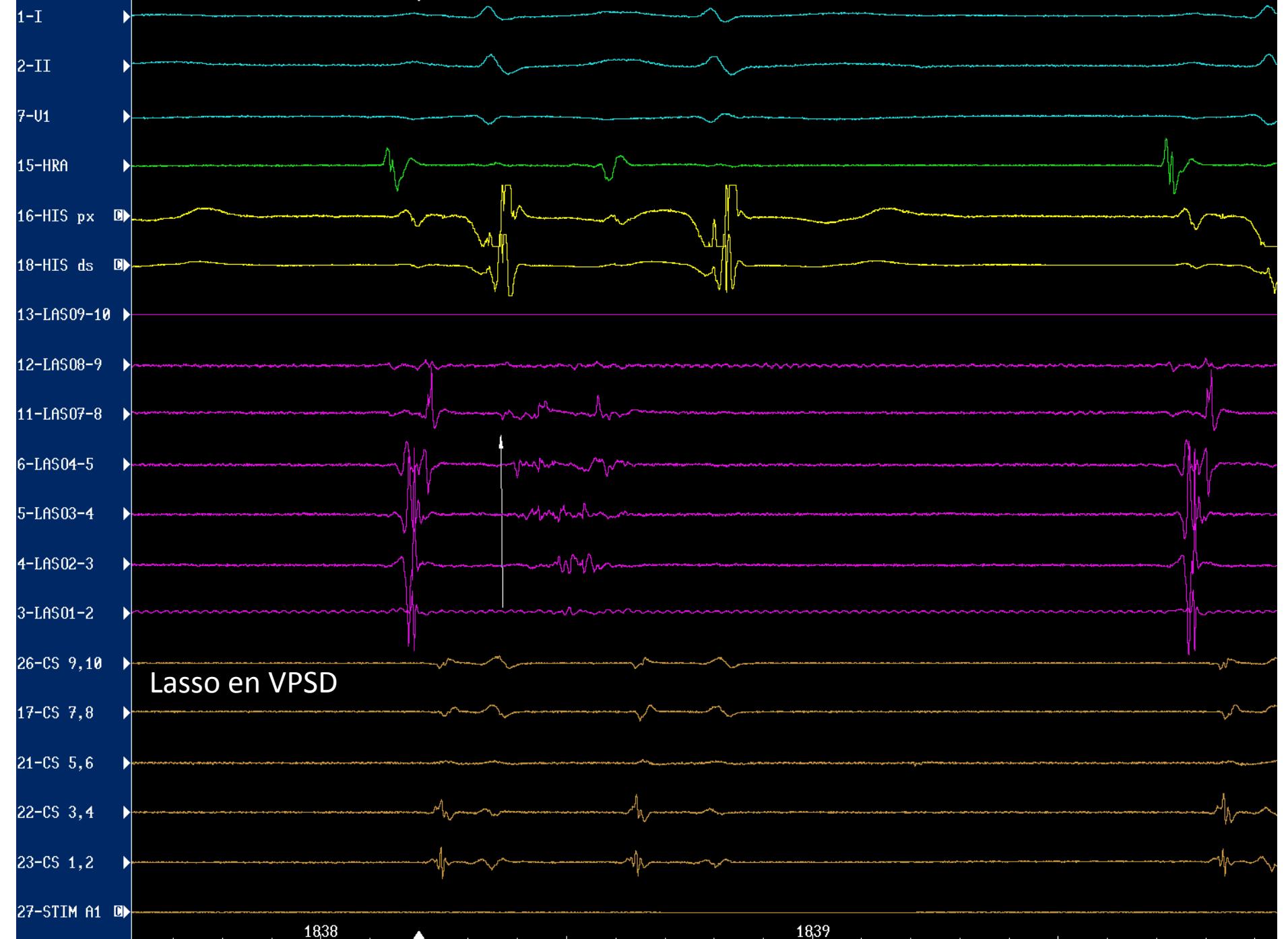
2903

2904

2905

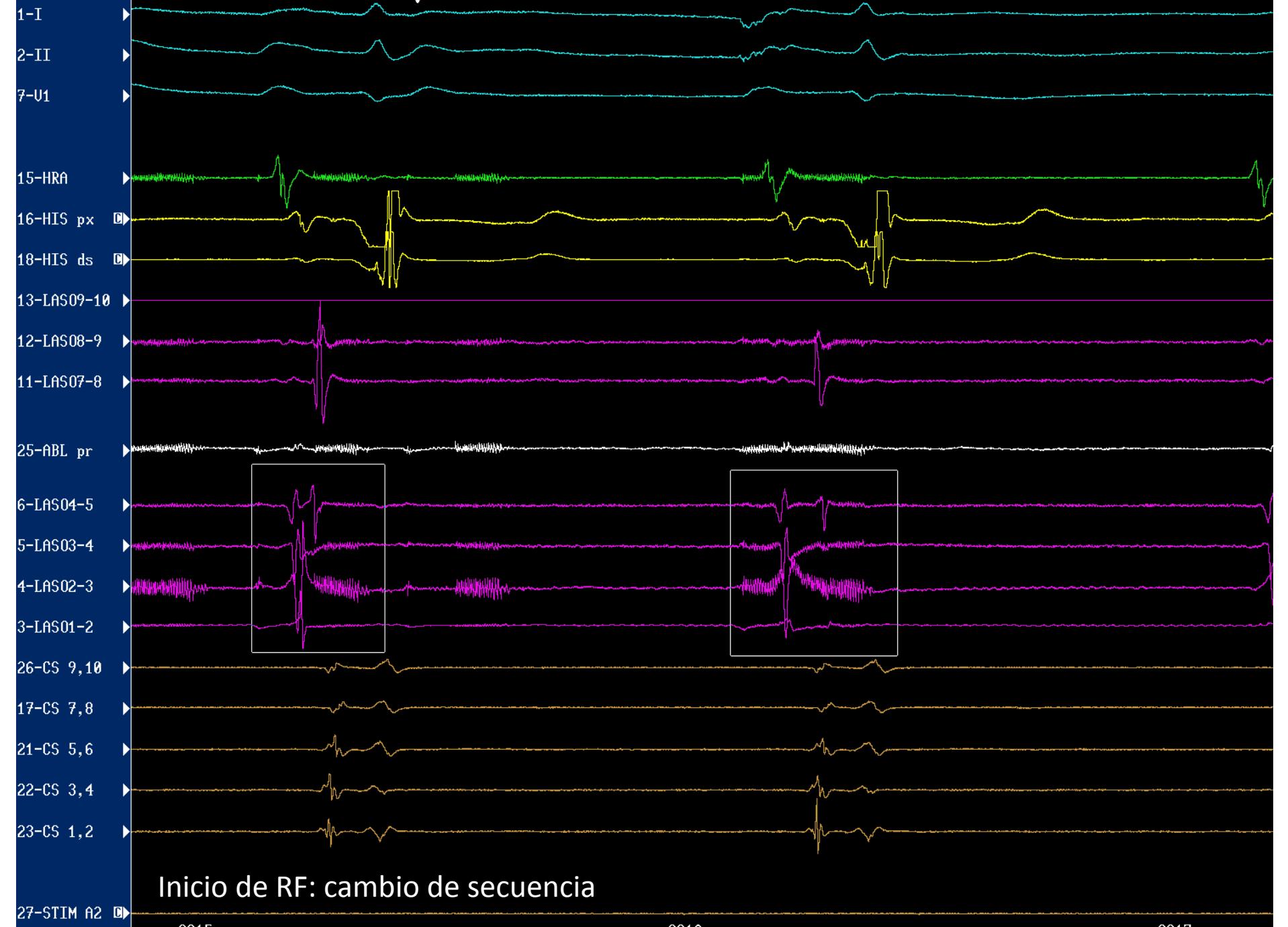
2906

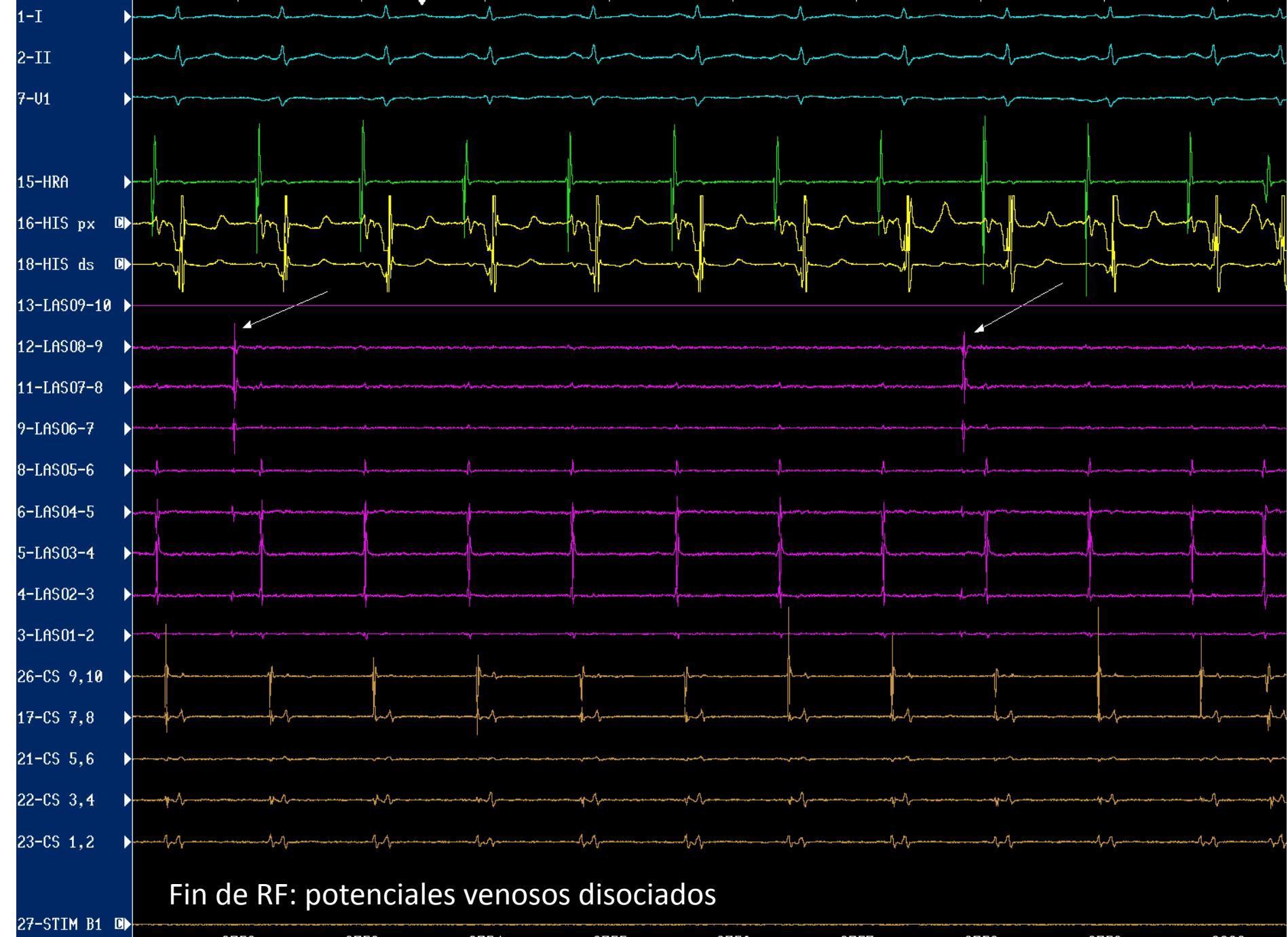
Snapshot

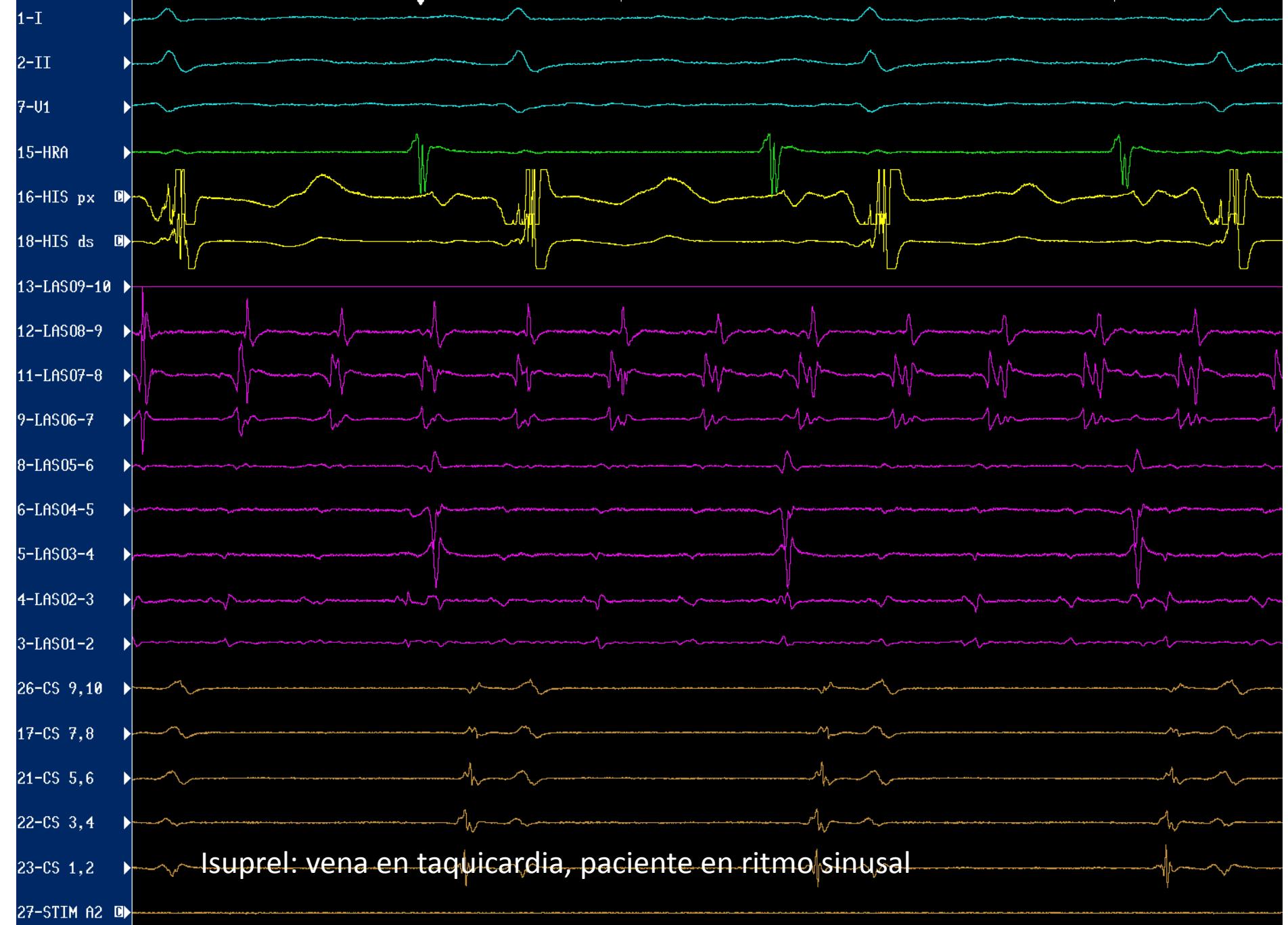


Snapshot

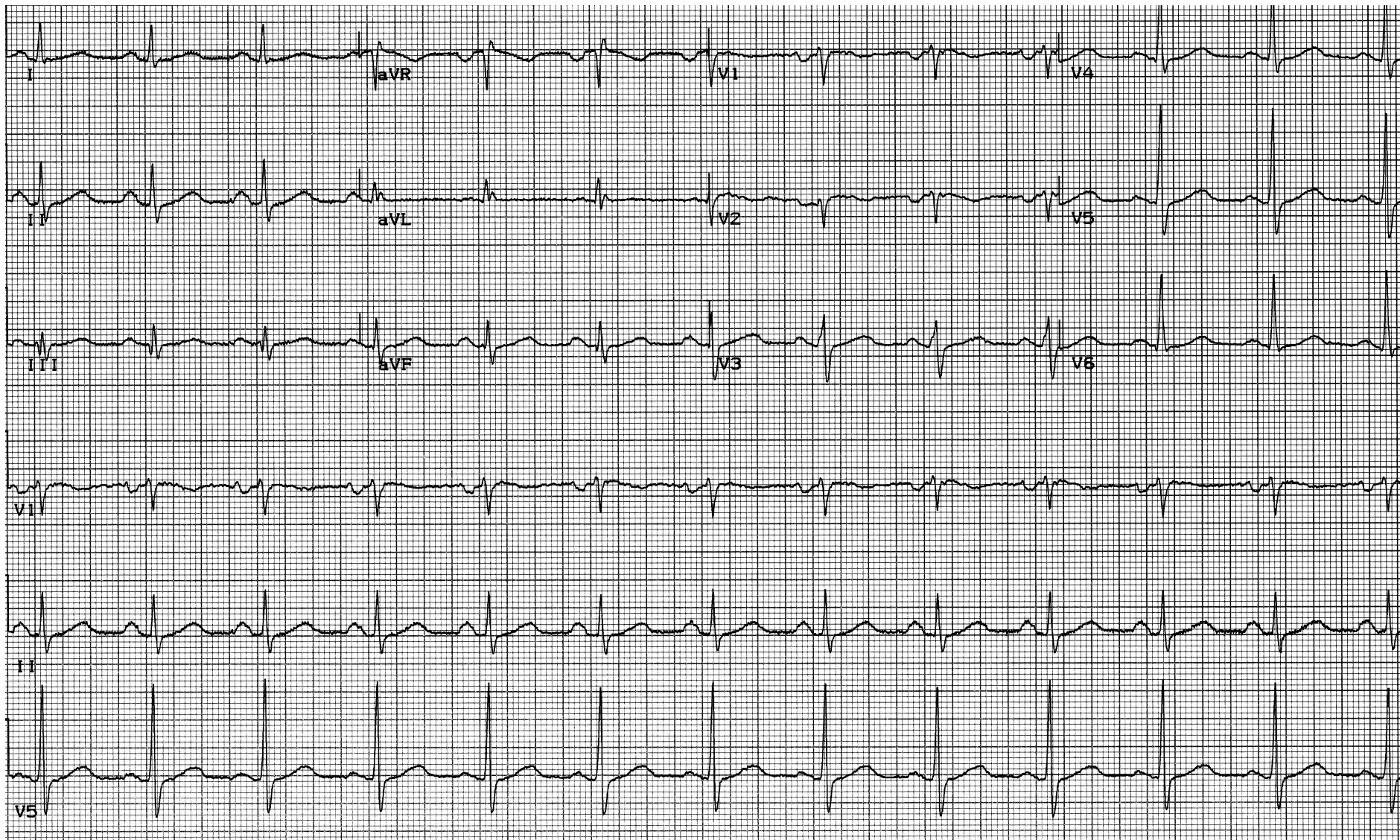
Begin RF







ECG post ablación
(VPSD en taquicardia)



Caso Clínico

(continuación II)

6 meses de seguimiento

Asintomático

No FA

Extrasistoles auriculares aisladas en Holter.

Trat: AAS, flecainida.