

Imagen en Cardiología

Flecainida y ergometría, ¿aliados o enemigos?

Flecainide and ergometry, allies or enemies?

Manuel S. Herruzo-Rojas*, Miriam Martín-Toro y Miriam Padilla-Pérez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

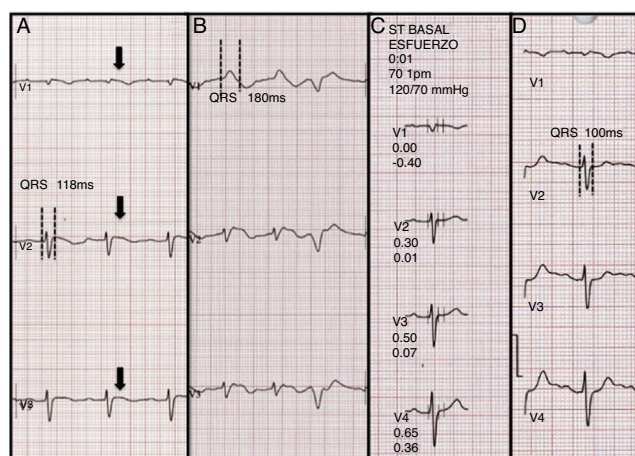


Figura 1

La flecainida es un fármaco ampliamente utilizado en pacientes con fibrilación auricular paroxística. El infarto de miocardio previo o la hipertrofia ventricular son las principales contraindicaciones para su uso.

Ingresa por dolor torácico un paciente de 72 años, sin antecedentes familiares de muerte súbita, hipertenso, diagnosticado de hemocromatosis y fibrilación auricular paroxística, sin cardiopatía estructural en ecocardiografía basal.

En el ECG basal del paciente (fig. 1A), que recibía tratamiento con flecainida se muestra una alteración inespecífica de la conducción intraventricular, con un PR prolongado (230 ms), QRS de 118 ms y elevación convexa del ST de menos de 2 mm en V1-V3 (flechas). Por falta de disponibilidad de otras alternativas en nuestro centro se decide realización de ergometría como test inicial de detección de isquemia.

La ergometría hubo de ser suspendida en el minuto 1:33 del ejercicio al experimentar un aumento del retraso de la conducción intraventricular, con imagen de bloqueo completo de rama derecha (QRS 180 ms), exacerbándose la elevación del ST en V1-V3 (fig. 1B). Asimismo, presentó extrasistolia ventricular aislada. Estos trastornos se mantuvieron durante el reposo hasta los 9:02 min, permaneciendo asintomático en todo momento y sin arritmias ventriculares sostenidas.

Tras retirada y periodo de lavado de 48 h de flecainida, se realiza ECG basal (fig. 1C) en posición normal y con precordiales altas, que muestra PR 190 ms y QRS estrecho de 90 ms, sin alteraciones en la repolarización. En nueva ergometría alcanza 5:56 min, manteniendo QRS estrecho de 100 ms durante toda la prueba, sin alteraciones en ST y resultando clínica y eléctricamente negativa (fig. 1D).

Los trastornos de conducción intraventricular sufridos por el paciente durante la ergometría, si bien imposibilitaron inicialmente el estudio del dolor torácico, nos indicaron la necesidad de retirada de flecainida ante posibles efectos adversos, como la inducción de arritmias ventriculares, e incluso asistolia. La ausencia de patrón de Brugada tipo I espontáneo y/o síntomas sugestivos de arritmias ventriculares nos orientan hacia un patrón Brugada-like farmacológico, que a pesar de no ser considerado parte del síndrome con el mismo nombre, es indicación para evitar el uso de fármacos que modifiquen la conducción de los canales de sodio.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mshr86@hotmail.com (M.S. Herruzo-Rojas).<https://doi.org/10.1016/j.carcor.2018.03.007>

1889-898X/© 2018 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.