

Electrofisiología

17 BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO EN PACIENTE CON TORMENTA ELÉCTRICA REFRACTARIA

Paula Retta¹, Pablo Viana¹, Pablo Castroman², Valentina Agorrody¹

1. Centro Cardiológico Americano. 2. Cátedra de Anestesiología. Hospital de Clínicas. UDELAR.

Introducción: la tormenta eléctrica es una emergencia médica caracterizada por múltiples episodios de arritmia ventricular sostenida en un corto período de tiempo, generalmente en 24 horas. Es una situación grave con riesgo de vida y requiere de un tratamiento rápido por su elevada mortalidad. Considerando al sistema simpático como uno de los pilares para el inicio y mantenimiento de las arritmias ventriculares, el bloqueo transitorio del ganglio estrellado con anestesia local está descrito como tratamiento en aquellos casos refractarios a otras medidas médicas.

Caso clínico: sexo masculino, 65 años. HA, DM, extabaquista y dislipémico. ATC (2006, 2015, 2016) sobre ADA y ACD. FEVI 40%. En 2016 CDAI en prevención secundaria por TV. Múltiples terapias del CDAI mediante sobreestimulación y cardioversión. Hipertiroidismo secundario a amiodarona, se inicia sotalol. Diciembre 2020: ablación de TV y alta a domicilio, reingresando el mismo día por choques del CDAI en cuatro oportunidades. Se constata terapia apropiada frente a TV. Hemodinamia estable, sin elementos de falla cardíaca.

Pruebas complementarias: ECG: TVS 130 ciclos por minuto con morfología de bloqueo completo de rama derecha, transición en V3 y eje superior (recurrencia de TV ablacionada) (figura 1). ETT VI dimensiones normales, HVI leve. Hipoquinesia inferior basal y media, anterior basal y lateral medio-basal. FEVI 38%. GC disminuido (3 l/min). CACG resultado mantenido de ATC sobre ADA y ACD, ausencia de otras lesiones revascularizables. Ionograma descarta disionías.

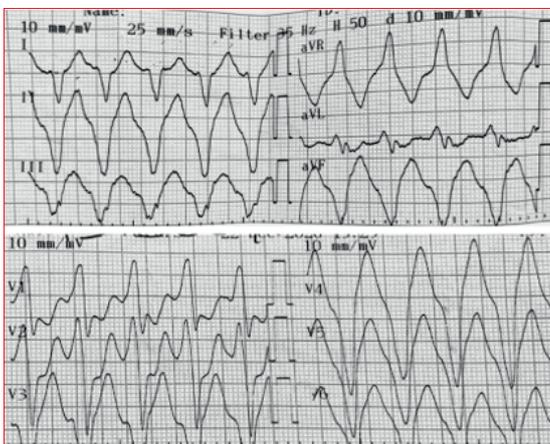


Figura 1. TV clínica.

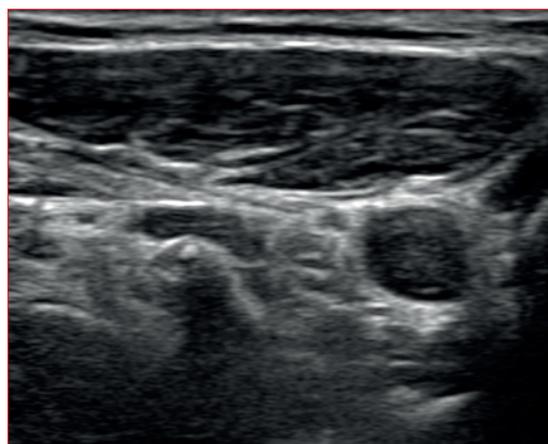


Figura 2. Bloqueo del ganglio estrellado bajo guía ecográfica.

Diagnóstico: con planteo de tormenta eléctrica ingresa a CTI para monitorización. Tratamiento con amiodarona (riesgo versus beneficio por antecedente de hipertiroidismo secundario), procainamida y lidocaína que no cancelan la arritmia. Intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Sedoanalgesia. Bloqueo de ganglio estrellado bilateral sucesivo bajo guía ecográfica con aguja (figura 2). Se puncionó a nivel de C6, inyectándose un volumen de 8 ml de solución (4 ml de lidocaína al 2% y 4 ml de bupivacaína al 0,5%). No reitera TV. Nueva ablación de TV clínica con buena evolución posterior. Control al mes sin choques del CDAI.

Discusión: se presenta el caso de un paciente con tormenta eléctrica refractaria al tratamiento médico convencional (antiarrítmicos, sedación) al cual se realiza bloqueo del ganglio estrellado. La neuromodulación (bloqueo del simpático cardíaco) ha surgido como una modalidad terapéutica alternativa en estos casos. Puede realizarse basándose en referencias anatómicas o ecoguiado. La ecografía disminuye la incidencia de complicaciones al prevenir la punción inadvertida de estructuras adyacentes. Permite un bloqueo simpático más efectivo y preciso, inyectando un pequeño volumen de anestésico, sin exponer a radiación. Sin embargo, se requieren estudios randomizados que avalen esta técnica. En reporte de casos y estudios retrospectivos se observa una reducción significativa de los episodios de arritmia ventricular independientemente de la etiología de la miocardiopatía, tipo de ritmo ventricular y grado de disfunción del VI, efecto comparable con la denervación quirúrgica definitiva. El bloqueo bilateral brinda mayor supervivencia libre de choques del CDAI.