

Cardiología nuclear

31 ALTERACIONES DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA ASOCIADAS AL BLOQUEO DE RAMA TAQUICARDIA-DEPENDIENTE

Jimena Martínez Pereira, Paula Díaz Aramburu, Federico Ferrando-Castagnetto, Pablo Marichal, Roberto Ricca-Mallada, Sebastián Lorenzo, Rodolo Ferrando
Hospital de Clínicas.

Introducción: el bloqueo completo de rama taquicardia-dependiente (BRTD) es un trastorno de la conducción que puede presentarse durante la centellografía de perfusión miocárdica (CPM). Aunque su aparición invalida los hallazgos ECG de isquemia cuando adquiere morfología de bloqueo completo de rama izquierda (BCRI), su impacto sobre la interpretación de las imágenes gammagráficas ha sido escasamente analizado. La siguiente experiencia caracterizó la perfusión miocárdica en sujetos con BRTD.

Objetivos: generales: evaluar los patrones de perfusión miocárdica en los pacientes con BRTD derivados a CPM. Específicos: caracterizar el comportamiento electrocardiográfico del BRTD durante la sensibilización del CPM. Comparar los patrones de perfusión miocárdica entre los pacientes con BRTD y BCR permanente.

Método: estudio observacional, descriptivo analítico retrospectivo, a partir de los CPM realizados en tres centros durante el período enero 2014 a setiembre 2017. Para la sensibilización se utilizó protocolo de estrés con ejercicio ergométrico y/o vasodilatadores. Los fármacos antiisquémicos se suspendieron 24-48 horas antes del estrés. Se inyectaron 15-25 mCi de ^{99m}Tc -MIBI (isonitrilo) al momento del máximo esfuerzo y/o aparición de signos clínicos o ECG de isquemia o tras la infusión de dipiridamol (0,56 mg/kg). A los 60 minutos se obtuvieron imágenes tomográficas gatilladas con el ECG. En un día separado se realizó el estudio en reposo. Las variables clínicas y ECG se compararon entre pacientes con BRTD y BCRI permanente, mientras que los hallazgos por imágenes se compararon entre 3 grupos (BRTD, BRTD y BCRI permanente).

Resultados: se detectó BRTD en 36 de 11.428 pacientes derivados a CPM (0,31%), con patrón de BCRI en 78%. Dentro de ellos, 7 presentaban HA (75%), 4 eran diabéticos (11,1%), 10 dislipémicos (27,8%), 4 presentaron IAM previo (11,1%) y 6 tenían antecedentes de CRM o ATC previo (16,7%). Los pacientes con BRTD eran más jóvenes que aquellos con BCRI permanente ($p=0,002$). La FC promedio de aparición y desaparición del BRTD fue de $105,6\pm 23,7$ y de $93,4\pm 15,4$ cpm, respectivamente ($p=0,02$). La FEVI basal fue mayor en el subgrupo de pacientes con BCRI permanente ($p=0,0029$). El comportamiento contráctil posestrés fue similar en los tres grupos (variación FEVI: $64,0\%\pm 6,7\%$ vs. $64,0\%\pm 6,9\%$ vs. $61,4\pm 7,7\%$, $p=NS$). La frecuencia de defectos de perfusión compatibles con isquemia moderada/severa e infarto extenso no difirió entre los dos subgrupos de pacientes con BRTD y aquellos con BCRI permanente. Los pacientes con BCRI permanente presentaron más defectos de perfusión septales (25,0% vs. 14,3%), aunque sin significancia estadística.

Conclusiones: la aberrancia taquicardia-dependiente es un fenómeno inusual y transitorio en pacientes derivados a CPM por sospecha de enfermedad coronaria, predominantemente con patrón de BCRI. El BRTD afecta la interpretación de las imágenes centellográficas en forma similar al BCRI permanente. La evolución clínico-ECG de los pacientes con enfermedad coronaria y BRTD merece ser explorada en series más extensas.