



<https://www.revclinesp.es>

V-179 - TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO DEBUT DE SARCOIDOSIS CARDÍACA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P. González Recio¹, I. Santos Sánchez², D. Escalada Pellitero³, S. Albás Sorrosal¹, S. Pérez Ricarte¹, I. Roy Añón²

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra). ³Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Juan. Pamplona (Navarra).

Resumen

Objetivos: La sarcoidosis cardiaca (SC) se presenta en cerca de un 5% de los casos de sarcoidosis sistémica, aunque la afectación cardiaca subclínica asciende hasta el 70%. Los defectos de conducción y las arritmias ventriculares son las formas de presentación más comunes. El objetivo es mostrar el distinto manejo de dos casos de SC con similar afectación cardiaca pero características basales opuestas.

Material y métodos: Se usaron datos de la historia clínica informatizada de los dos pacientes ingresados en nuestro centro con diagnóstico de sarcoidosis cardiaca entre septiembre de 2013 y diciembre de 2015.

Resultados: El primer caso es de un varón de 32 años ingresa por parada cardiorrespiratoria en lugar de trabajo, con ritmo desfibrilable para el desfibrilador semiautomático. Durante la reanimación avanzada se observa taquicardia ventricular monomorfa (TVM) sostenida que evoluciona a ritmo sinusal. Se realizó cateterismo que muestra coronarias normales y fracción de eyeción (FE) del ventrículo izquierdo 26% y en ecocardiograma se observa dilatación biventricular e insuficiencia mitral grave (fig. 1). En el estudio etiológico, a través de biopsia de adenopatías pulmonares vistas en TC se diagnostica de sarcoidosis estadio II (fig. 2). Se decide implante de DAI con resincronización biventricular en prevención secundaria. El segundo caso es el de un varón de 86 años que ingresa por síntome brusco sin pródromos. En telemetría mantiene fibrilación auricular (FA) con extrasístoles ventriculares frecuentes y episodios de TVM no sostenida así como de FA lenta. En el estudio de imagen se halla dilatación biventricular con FE 45%. La resonancia muestra patrón de fibrosis intramiocárdica con focos de realce poco habituales, sugestivo de afectación cardiaca por sarcoidosis (fig. 3). Se realiza TC torácico, con hallazgos compatibles con sarcoidosis pulmonar estadio II. Dada la edad del paciente no se realizan pruebas invasivas confirmatorias y se desestima la colocación de DAI. Bajo prednisona y sotalol experimenta gran mejoría clínica.



Figura 1



Figura 2

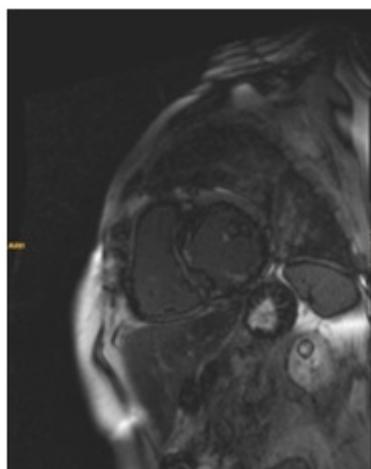


Figura 3

Discusión: Los dos casos presentaron un debut similar, una arritmia ventricular como primera manifestación de su enfermedad sistémica. A pesar de esta similitud, el manejo de los enfermos, tanto en tratamiento como en pruebas diagnósticas fue distinto debido a su edad y condiciones basales, optando por un manejo más agresivo en el caso del hombre joven y de forma conservadora en el otro paciente.

Conclusiones: En la SC, el uso de marcapasos, DAI e inicio precoz de corticoides han demostrado mejoría pronóstica y clínica. El manejo definitivo debe adecuarse a las características basales de cada paciente.