

Evidencia Orientada al Paciente (EOP)

Pacientes con extrasistolia ventricular

Kopitowski K. Pacientes con extrasistolia ventricular. Evid. actual. pract. ambul. 2005;8:87

Viñeta Clínica

Una médica de familia atiende a una mujer de 55 años. Es fumadora desde hace más de 20 años. No presenta otros antecedentes personales ni familiares de jerarquía. La paciente refiere palpitaciones en varias ocasiones. No ha presentado síncope ni presíncope. No tiene angina de pecho ni disnea. Las palpitaciones la molestan bastante y no aparecen ante ningún desencadenante claro. Dice que de noche "las siente más".

La médica decide realizar un Holter, que evidencia extrasistolia ventricular (5400 extrasístoles en el día) y salvos cortos de taquicardia ventricular en 2 ocasiones. Durante el estudio, la paciente refirió palpitaciones coincidiendo con la mayor frecuencia de extrasístoles. Ante este resultado, la médica tuvo dudas acerca del pronóstico y tratamiento de esta arritmia.

Pregunta que generó el caso

- En pacientes "sanos" (población) ¿la presencia de extrasistolia ventricular/taquicardia ventricular no sostenida (exposición) aumenta el riesgo de muerte súbita o algún otro evento cardiovascular grave (resultado)?

La médica tratante decidió que en función de lo que encontrara con relación a esta pregunta avanzaría hacia la siguiente duda que se le generó:

- En pacientes con extrasistolia ventricular/taquicardia ventricular (población), ¿el tratamiento farmacológico con antiarrítmicos (intervención) disminuye algún riesgo importante en la salud (resultado)?

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en MEDLINE empleando como palabras clave "ventricular premature complexes" limitando a artículos de pronóstico en adultos y en idioma inglés. La búsqueda arrojó varias citas atractivas. Los trabajos se enumeran y resumen a continuación.

Resultados de la búsqueda

Abdalla IS; Prineas RJ; Neaton JD; Jacobs DR Jr; Crow RS Relation between ventricular premature complexes and sudden cardiac death in apparently healthy men. Am J Cardiol 1987 Nov 1;60(13):1036-42.

Este estudio evaluó prospectivamente la asociación entre extrasistolia ventricular detectada por Electrocardiograma (ECG) y el riesgo de muerte súbita en 15637 hombres aparentemente sanos de entre 35 y 57 años. Los pacientes realizaron el ECG durante el primer screening (entre 1973 y 1975) para determinar su elegibilidad en el Multiple Risk Factor Intervention Trial en Minneapolis, EE.UU. Luego de un período de seguimiento de 7,5 años, hubo 381 muertes. De éstas, el 34% (131/381) se atribuyeron a enfermedad coronaria. El 31% de estas muertes ocurrió súbitamente. La presencia de extrasistolia ventricular se asoció con un mayor riesgo de muerte súbita (RR 3; $p < 0.025$). La presencia de extrasístoles no se asoció con el riesgo de muerte no súbita. Cuando se analizaron las características de la arritmia, se encontró que a mayor frecuencia (más de dos por minuto) y complejidad (multiformes, duplas), el riesgo de muerte súbita fue mayor (RR 4,2).

Kennedy HL; Whitlock JA; Sprague MK; Kennedy LJ; Buckingham TA; Goldberg RJ. Long-term follow-up of asymptomatic healthy subjects with frequent and complex ventricular ectopy. N Engl J Med 1985 Jan 24;312(4):193-7.

Desde 1973 hasta 1983 se siguieron 73 sujetos sanos y asintomáticos a los que se les encontró extrasistolia ventricular frecuente y compleja. Se les midió la arritmia con Holter de 24 horas que mostró una frecuencia promedio de 566 extrasístoles por hora (rango 78 a 1994) con extrasístoles multiformes en el 63%, duplas en el 60% y taquicardia ventricular en el 26%. Se determinó la ausencia de cardiopatía con evaluación cardiológica intensa no invasiva. Se realizó cateterismo en una submuestra de pacientes y se descubrió enfermedad coronaria seria en el 19%. El seguimiento duró entre 3 y 9.5 años (media 6,5) y se completó en 70 sujetos. Se documentó una muerte súbita y una muerte por cáncer. El cálculo de la tasa estandarizada de mortalidad para 448 personas años* de seguimiento indicó que se habrían esperado 7,4 muertes, mientras que ocurrieron 2. La comparación de la sobrevida de la cohorte con la de personas sin enfermedad coronaria o enfermedad leve mostró un pronóstico favorable en la población del estudio. Los autores concluyeron que el pronóstico a largo plazo de sujetos sanos con extrasistolia ventricular frecuente y compleja es similar al de la población adulta sana de los EE.UU. y no conlleva un exceso de riesgo de muerte.

Bikkina M; Larson MG; Levy D Prognostic implications of asymptomatic ventricular arrhythmias: the Framingham Heart Study. Ann Intern Med 1992 Dec 15;117(12):990-6.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y significado pronóstico de las extrasístoles ventriculares frecuentes y complejas detectadas por ECG de 1 hora de duración. Se siguió a una cohorte durante un período de 4 a 6 años. Los pacientes provenían de la cohorte del Estudio de Framingham de EE.UU. Eran 2727 hombres y 3306 mujeres. Un 12% (IC 95% 11-13) de pacientes presentó arritmia ventricular frecuente o compleja (más de 30 extrasístoles por hora o multiformes, duplas, taquicardia ventricular). La prevalencia de estos fenómenos se observó en el 12% (IC 11% a 13%) de los 2425 hombres sin evidencia clínica de enfermedad coronaria, y en 33% (IC 24% a 42%) de los 302 hombres con enfermedad coronaria. Los datos respectivos en mujeres (3064 sin cardiopatía y 242 con cardiopatía) fueron de 12% (IC 11% a 13%) y 26% (IC 9% a 43%). Luego de ajustar* por factores de riesgo cardiovasculares, los hombres sin enfermedad coronaria que tenían la arritmia tuvieron mayor riesgo, tanto de muerte global (RR 2,30; IC95% 1,65 a 3,20) como de ocurrencia de infarto de miocardio (RR 2,12; IC95% 1,33 a 3,38). En hombres con enfermedad coronaria y en mujeres con y sin enfermedad coronaria, la presencia de este tipo de arritmia no se asoció con mayor riesgo de muerte o infarto. Los autores concluyeron que en hombres aparentemente sanos, la detección incidental de arritmia ventricular se asocia con mayor riesgo de muerte o infarto.

Conclusiones, comentarios y recomendaciones

La extrasistolia ventricular es muy común y ocurre en un amplio espectro de pacientes, tanto en personas sin cardiopatía como aquellas con enfermedad cardíaca.

Este tipo de arritmia puede o no producir síntomas. Frecuentemente se la diagnostica por auscultación o ECG de rutina. En estos pacientes (sanos, detección rutinaria) no existe evidencia acerca de que su supresión extienda la expectativa de vida. La relación entre la extrasistolia simple y la muerte súbita es controvertida en pacientes sin cardiopatía clínica. Los datos son conflictivos aunque sugieren peor pronóstico (tal como se muestra en los trabajos resumidos) con relación a la extrasistolia ventricular compleja en corazones aparentemente sanos. El significado pronóstico de la extrasistolia ventricular en presencia de enfermedad cardíaca estructural es diferente. La enfermedad estructural requiere tratamiento que, en muchos casos, puede mejorar la arritmia. Ejemplo de esto son los beta bloqueantes en pacientes

con infarto o insuficiencia cardíaca.

No existe clara evidencia acerca de que la extrasistolia ventricular aislada sea un factor independiente para mortalidad y que su tratamiento mejora la supervivencia en pacientes sin un evento grave por la arritmia. En cuanto a las extrasistolias frecuentes o complejas, aunque hay ciertos indicios de que empeoren el pronóstico, no existe evidencia de beneficio con tratamiento. Por lo tanto, la única indicación de tratamiento sería el mejoramiento de los síntomas en pacientes muy sintomáticos.

Además del rol limitado de los antiarrítmicos, algunas drogas (flecainida, encainida, y d-sotalol) se han asociado con mayor mortalidad en pacientes con IAM previo y extrasistolia ventricular. Este efecto arritmogénico de los antiarrítmicos es de menor importancia en pacientes sin enfermedad cardíaca.

Debido a la falta de evidencia contundente acerca del riesgo que

conlleva la presencia de extrasistolia en pacientes sin cardiopatía y la ausencia de probados beneficios de su tratamiento, se recomienda no tratar la extrasistolia ventricular (excepto que sea muy sintomática) en corazones sanos.

La presencia de cardiopatía (isquémica, hipertrófica, miocardiopatía dilatada) hace que el pronóstico de estos pacientes sea regular o malo en presencia de extrasístoles ventriculares.^{1,2} Es aun más serio si la arritmia es frecuente o compleja.

Las extrasístoles ventriculares inducidas por ejercicio aumentan el riesgo de muerte tanto en corazones sanos como ante la presencia de cardiopatía.³⁻⁴

De modo que la recomendación de reasegurar respecto del pronóstico y no tratar se aplicaría sólo en individuos sanos y en caso de que la arritmia no sea inducida por ejercicio.

* ver glosario

Dra Karin Kopitowski [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Referencias

1. Bikkina, M, Larson, MG, Levy, D. Asymptomatic ventricular arrhythmias and mortality risk in subjects with left ventricular hypertrophy. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22:1111.
2. Podrid, PJ, Fogel, RI, Fuchs, TT. Ventricular arrhythmia in congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1992; 69:82G.
3. Jouven X; Zureik M; Desnos M; Courbon D; Ducimetiere P. Long-term outcome in asymptomatic men with exercise-induced premature ventricular depolarizations. *N Engl J Med* 2000 Sep 21;343(12):826-33.
4. Mora S; Redberg RF; Cui Y; Whiteman MK; Flaws JA; Sharrett AR; Blumenthal RS. Ability of exercise testing to predict cardiovascular and all-cause death in asymptomatic women: a 20-year follow-up of the lipid research clinics prevalence study. *JAMA* 2003 Sep 24;290(12):1600-7.



Gentileza Secretaría de Turismo de La Nación