

Ivabradina como alternativa terapéutica en la taquicardia sinusal inapropiada

Sr. Editor:

La taquicardia sinusal inapropiada o no paroxística se caracteriza por frecuencias cardíacas persistentemente elevadas, con ondas P de características sinusales y exagerada respuesta al mínimo estrés físico. Suele aparecer en mujeres jóvenes y manifestarse con palpitaciones, disnea, fatiga e intolerancia al ejercicio. Tras la exclusión de otros tipos de taquicardia y descartando cuadros secundarios a otras afecciones, la reproducción de los síntomas durante un episodio de taquicardia permite confirmar el diagnóstico. Los bloqueadores beta y los antagonistas del calcio son los fármacos más frecuentemente utilizados para el tratamiento en pacientes sintomáticos, y en general se toleran mal a las dosis que se requieren para el control de la taquicardia. El tratamiento invasivo con la ablación selectiva o completa del nodo sinoauricular no está exento de complicaciones y en ocasiones precisa la implantación de un marcapasos definitivo. La ivabradina, un inhibidor selectivo de los canales I_f que ha sido aprobado recientemente para el tratamiento de la angina estable, se plantea como una alternativa atractiva para el control de la frecuencia cardíaca en la taquicardia sinusal inapropiada¹.

Presentamos el caso de una mujer de 29 años con antecedentes de tabaquismo y parto distócico gemelar 2 años antes. En los últimos meses, y casi a diario, venía presentando frecuentes episodios de astenia generalizada, acompañados de palpitaciones, náuseas y sensación de ahogo. Uno de estos episodios se acompañó de dolor torácico atípico y cuadro presincopal, por lo que fue atendida en las urgencias de un hospital cercano; la exploración física y las pruebas complementarias realizadas no mostraban alteraciones significativas, salvo taquicardia sinusal a 105 lat/min y presión arterial límite 90/60 mmHg. Tras su estancia en observación fue valorada en la unidad de dolor torácico con ecocardiografía, radiografía de tórax y analítica con hormonas tiroideas y catecolaminas, pruebas que resultaron dentro de la normalidad; durante la prueba de esfuerzo superó el 85% de la FCM en el primer estadio de Bruce y alcanzó finalmente el 97% de la

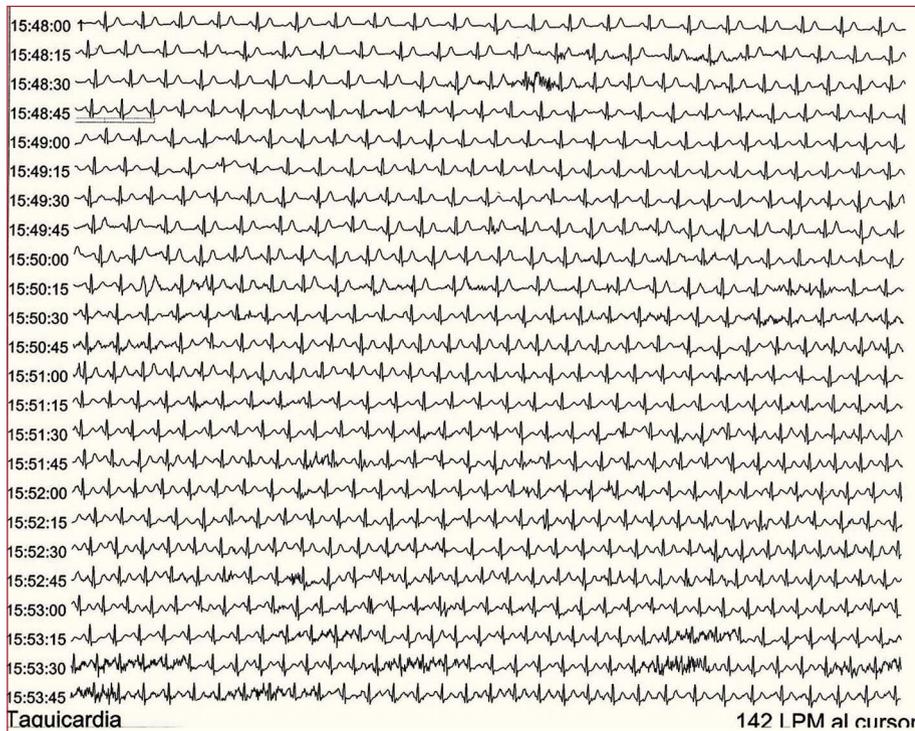


Fig. 1. Holter de frecuencia cardiaca: taquicardia sinusal a 142 lat/min de inicio y cese progresivo. La paciente pulsa el botón de eventos al inicio de la taquicardia para referir clínica de palpitaciones y debilidad generalizada; en ese momento refería encontrarse sentada conversando con una amiga, lo que descartaba una situación estresante o la realización previa de ejercicio físico.

FCM y 11 MET, sin datos que indicaran isquemia miocárdica. Al alta se diagnosticó de cuadro de ansiedad y se introdujo tratamiento con ansiolíticos, que no mejoraron los síntomas. Fue remitida a su psiquiatra de zona, quien no encontró enfermedad alguna y descartó la ansiedad como causa de los síntomas. En las consultas de medicina interna se plantearon nuevos diagnósticos, pero fueron descartados tras estudio analítico, gammagrafía de perfusión pulmonar, tomografía computarizada torácica y gastroscopia, por lo que se la derivó a consultas de cardiología para completar el estudio.

A su llegada a nuestras consultas, la clínica había progresado y varias veces a lo largo del día aparecían episodios de debilidad y palpitaciones que interferían de forma importante en su actividad laboral y en el cuidado de sus hijos. La exploración física no presentaba alteraciones, y únicamente destacaban un índice de masa corporal de 17 y una presión arterial de 100/70 mmHg. El ECG mostraba una taquicardia sinusal a 100 lat/min y alteraciones inespecíficas de la repolarización, con aumentos de la frecuencia cardiaca hasta 145 lat/min tanto al adoptar el ortostatismo como al realizar mínimos esfuerzos, reproduciendo, aunque de forma no tan intensa, los síntomas por los que había consultado. El registro Holter de 24 h puso de manifiesto frecuentes episodios de taquicardia sinusal de inicio y cese progresivo, con una frecuencia máxima de 142 lat/min y 10 min de duración, momentos que la paciente registraba pulsando el botón de eventos, lo que permitía descartar otros tipos de taquicardia

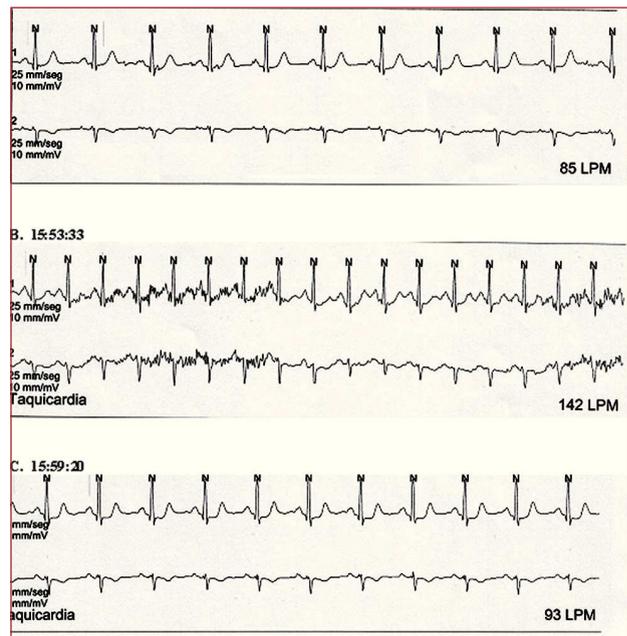


Fig. 2. Holter de frecuencia cardiaca: trazados en ritmo sinusal antes (A) y después (C) de la aparición de la taquicardia, así como registro de ésta (B).

(figs. 1 y 2). Se introdujo entonces tratamiento con propranolol a baja dosis, que no toleró bien por tendencia a la hipotensión. Se planteó en esta situación sustituirlo por ivabradina². A pesar de que su uso está aprobado únicamente para el tratamiento de la angina estable, su mecanismo de acción permitía inferir un eventual beneficio en el trastorno de la paciente. La paciente aceptó el tratamiento, que se

inició con dosis de 10 mg/día y se incrementó después a 15 mg/día. Este último tratamiento consiguió controlar finalmente los síntomas de la paciente, que lo toleró bien a una frecuencia basal de 63 lat/min y no refirió efectos secundarios a su administración, lo que le ha permitido reincorporarse sin limitaciones a su actividad laboral y conciliarla con el cuidado de sus hijos. Se objetiva una mejoría de 47 puntos en la valoración de la calidad de vida según el cuestionario MLWHF. En los primeros 3 meses sólo ha presentado dos episodios de palpitaciones coincidiendo con un episodio febril y con el uso de descongestionantes nasales respectivamente. Realizamos una nueva ergometría: clínicamente negativa, sin superar el 80% de la FCM y con una capacidad funcional de 13,7 MET.

En conclusión, la ivabradina podría representar una alternativa eficaz a los bloqueadores beta en el tratamiento de la taquicardia sinusal inapropiada previo a la realización de estudios invasivos. Estudios prospectivos y aleatorizados permitirían valorar su eficacia y su seguridad a largo plazo.

Gabriel Retegui^a, Mariola Quintero^b, Mariano Ruiz-Borrell^a
y Adrián Revello^a

^aUnidad de Cardiología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.
España.

^bCentro de Salud Candelaria. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camm JA, Tendera M. Heart rate slowing by I_f current inhibition. *Adv Cardiol.* 2006;43:106-11.
2. Schulze V, Steiner S, Hennersdorf M, Stauer BE. Ivabradine as an alternative therapeutic trial in the therapy of inappropriate sinus tachycardia. A case report. *Cardiology.* 2007;110:206-8.