

Respuesta de los autores

En primer lugar queremos agradecer el interés evidenciado por los doctores Femenía y Baranchuk en nuestro trabajo sobre taquicardia ventricular del tracto de salida del ventrículo derecho durante el embarazo¹, y valoramos la profundidad de los comentarios realizados. Los colegas mencionan la posibilidad de que el origen de la arritmia de la paciente correspondiente al caso 1 esté situado en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, en las cercanías de la cúspide aórtica no coronaria. Basan esta posibilidad en algunas características de los electrocardiogramas (ECG) publicadas en la literatura y en una experiencia propia muy interesante, aunque limitada a unos pocos pacientes, con la que incluso llegan a proponer un atractivo algoritmo diagnóstico, el cual no obstante debiera ser validado por otras experiencias².

La taquicardia ventricular (TV) del tracto de salida del ventrículo izquierdo es una arritmia muy poco frecuente que, dada la cercanía anatómica con el tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD), presenta un trazado electrocardiográfico de características similares. Además, su mecanismo fisiopatológico y las implicancias pronósticas y terapéuticas suelen ser similares³. El ECG de nuestra paciente reúne los criterios que se han establecido para formular el diagnóstico de TV del TSVD (imagen de bloqueo completo de rama izquierda, eje inferior y transición del QRS en V₃ o V₄). Además, se podría inferir que su localización se encuentre en la región posterior y septal del TSVD (onda R en DI, transición precoz del QRS en V₃ y ondas R monofásicas altas y de corta duración en la cara inferior) según lo sugieren los trabajos de Jadonath⁴ y Dixit⁵. La TV originada en las cercanías de las cúspides aórticas (la más frecuente de ese grupo es la adyacente a la cúspide coronaria izquierda) es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta, siendo el estudio electrofisiológico el método más idóneo para diferenciarlas, dada la estrecha cercanía anatómica⁵. Recordamos que como fue mencionado en nuestro artículo, el mismo no pudo llevarse a cabo en razón de la inconstancia de esta paciente durante el seguimiento posterior al embarazo.

Otro comentario que realizan los colegas, es su inquietud a propósito del tratamiento con amiodarona. Coincidimos plenamente con ellos en que la misma no debe usarse en forma sostenida, ni como medicación inicial durante el embarazo y la lactancia. Creemos que esta droga debe reservarse para cuando otras alterna-

tivas fracasan y existe riesgo de vida materna^{3,6}. Sobre este punto queremos remarcar que la amiodarona fue utilizada después del parto y cuando la paciente, por iniciativa propia, había suspendido ya la lactancia. Se utilizó además durante un período limitado, dado que no había respondido favorablemente al tratamiento inicial con betabloqueantes. En ningún momento en nuestro artículo se hace mención a la posibilidad de un tratamiento "crónico" con amiodarona y pensamos que ningún antiarrítmico de clase III es seguro a largo plazo. En este caso, al tratarse de una paciente joven, con una arritmia sintomática, le fue indicada la ablación. Sin embargo, la misma no pudo concretarse por renuencia de la misma paciente.

Ariel K. Saad, Valentín Miglio, Eduardo A.A. Romano,
Manuel Vázquez Blanco

División Cardiología, Hospital de Clínicas
José de San Martín,

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

- 1 Saad AK, Miglio V, Romano EAA, Vázquez Blanco M. Taquicardia ventricular del tracto de salida del ventrículo derecho durante el embarazo. *Medicina (B Aires)* 2012; 72: 255-8.
- 2 Uribe W, Astudillo V, Medina E, et al. Taquicardia ventricular proveniente de las cúspides coronarias, características electrocardiográficas, electrofisiológicas y resultados de la ablación por radiofrecuencia: validación de un algoritmo diagnóstico. *Revista Iberoamericana de Arritmología* 2010; 2: 134-46.
- 3 Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death): Developed in Collaboration With the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2006; 114: 385-484.
- 4 Jadonath RL, Schwartzman DS, Preminger MW, et al. Utility of the 12-lead electrocardiogram in localizing the origin of right ventricular outflow tract tachycardia. *Am Heart J* 1995; 130: 1107-13.
- 5 Latif S, Dixit S, Callans D. Ventricular arrhythmias in normal hearts. *Cardiol Clin* 2008; 26: 367-80.
- 6 Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borgui C, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo. *Rev Esp Cardiol* 2012; 65: 171.e1-e44.