

Paciente de 52 años en tratamiento con amiodarona

Dr. Néstor Gorini

Estimados Colegas:

Aunque poco participativo de este Foro, sigo muy de cerca todo lo que en el mismo, Uds. dicen y opinan.

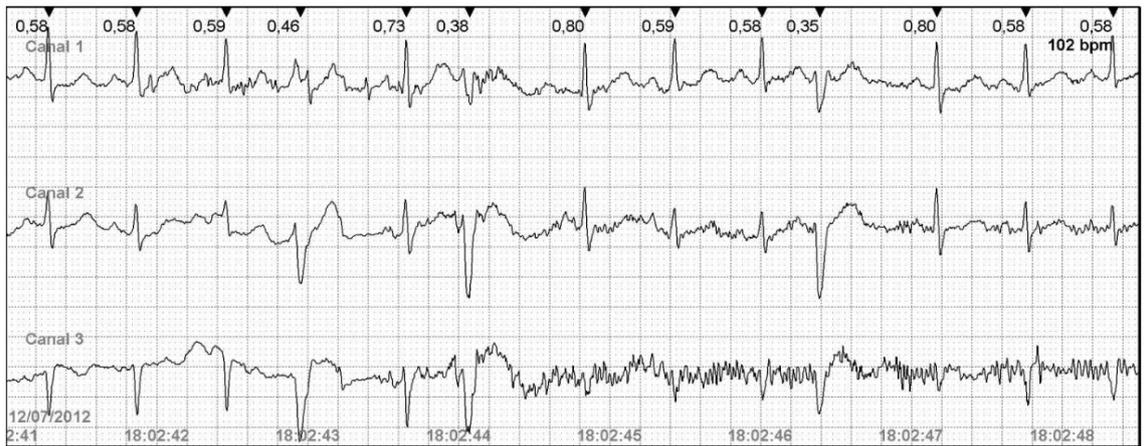
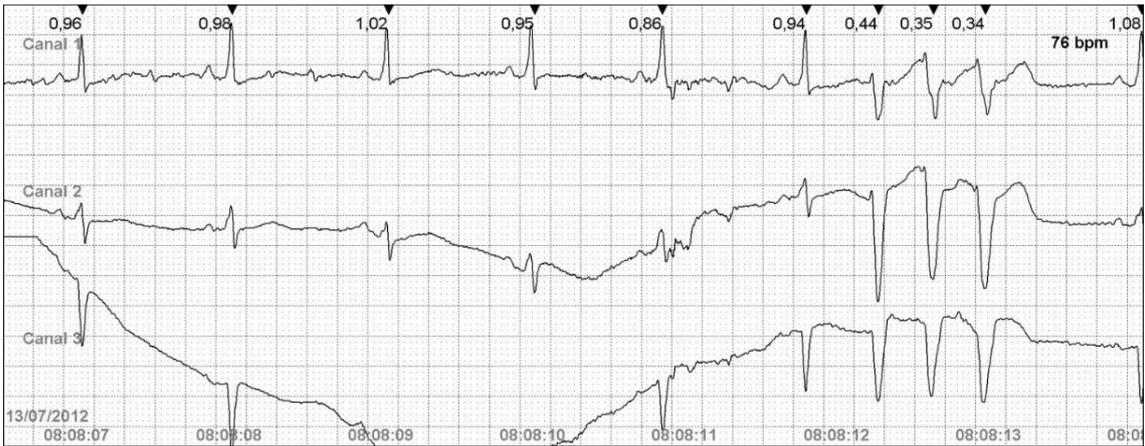
Reconociendo la gran capacidad existente en este ámbito, no dudé un segundo en solicitar vuestra opinión, ante un registro ECG Holter sobre el cual tengo una opinión, pero también mis dudas.

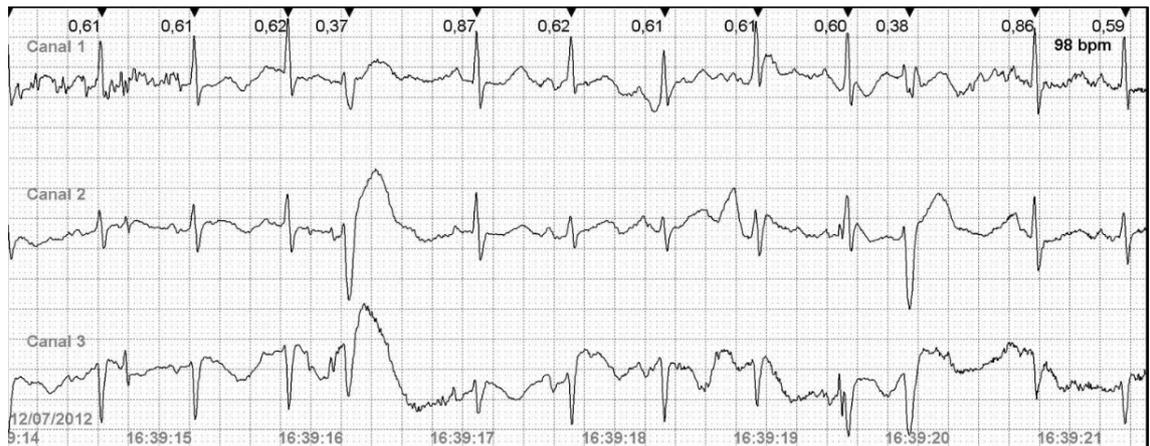
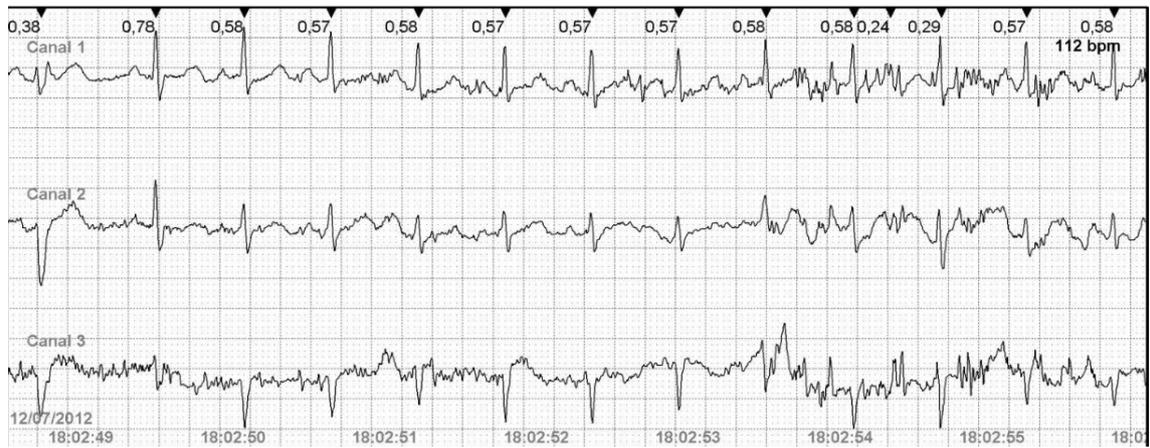
Se trata de un registro realizado a una mujer de 52 a, quien está recibiendo amiodarona tras haber sido internada por síncope, y diagnosticada y revertida de una Fibrilación auricular aguda con QRS anchos. Refiere la paciente que, desde entonces, no volvió a presentar síncope (episodios que había presentado varias veces antes) aunque si, persiste con palpitaciones, en ocasiones, intensas y con sensación de debilidad.

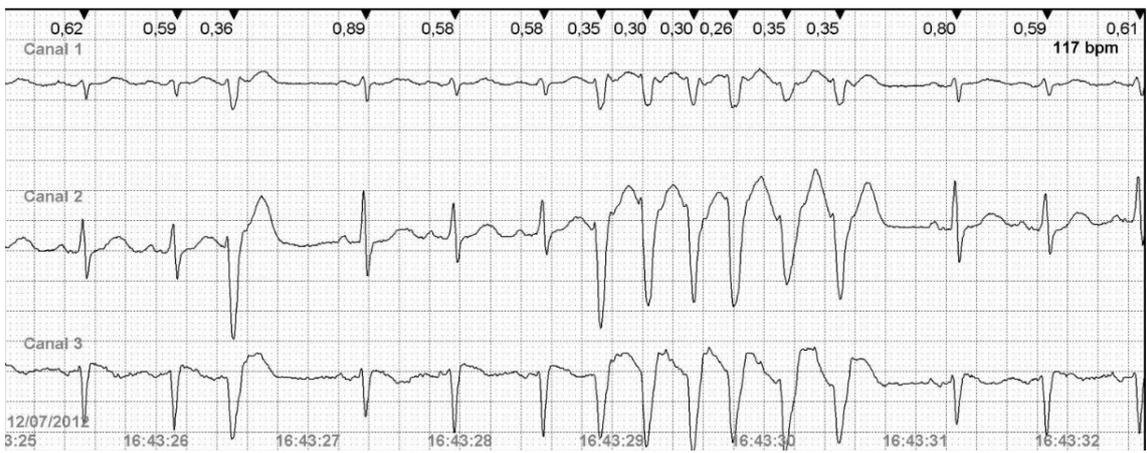
Como datos adicionales, informo que la paciente presenta ECOCG Y SPECT normales. Que recibe, además, pioglitazona, AAS, enalapril y sertralina, y que los síntomas comenzaron a aparecer antes de comenzar con la sertralina y que en la internación mencionada, su Glucemia al ingreso era de 130 mg%.

Desde ya, muchas gracias y mis saludos para todos Uds.

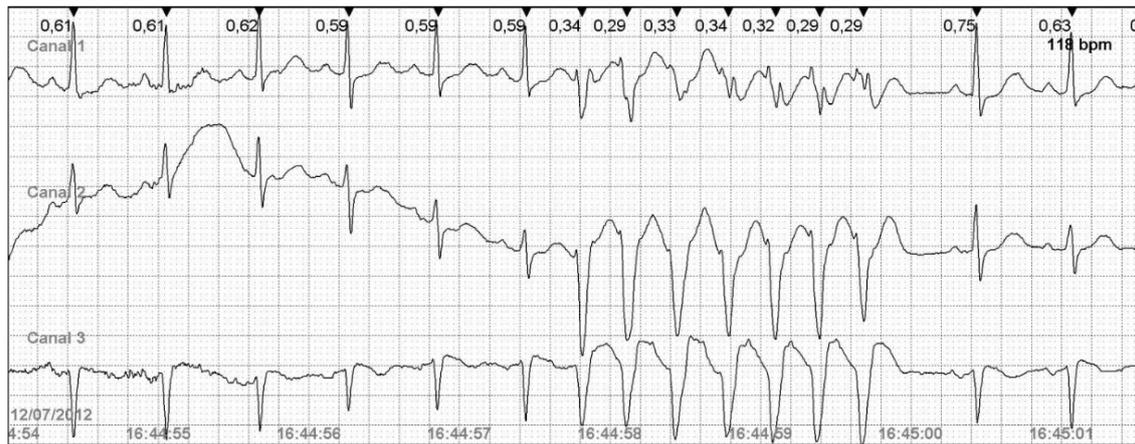
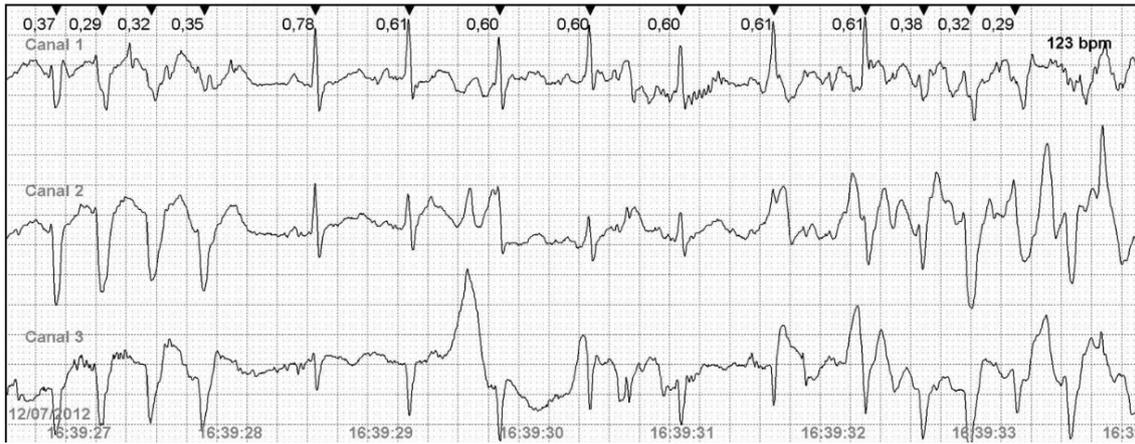
Néstor Gorini













Miren el Holter del Dr Gorini es muy interesante presenta episodios de TVNS monofocales con imagen de BRI (si pudiera enviar el ECG de la pte con alguna EV seria de utilidad), no observo QT prolongado. Porque EV y no latidos supra con aberrancia? tiene EV aisladas de igual morfologia con pausa compensadora completa y una EV igual a las otras con una p retroconducida. La amiodarona se la han indicado por este motivo, no intentaron con BB primero?

Estimado Dr Gorini no penso en retirar la sertralina? estara favoreciendo la aparicion de estas? por lo que Ud evidencia en el Holter no presenta episodios sostenidos, ni deterioro de la FEV e isquemia ya debe haber descartado (cual es el valor de LDL de la pte?) No es hipotiroidea, valores de **TSH** recientes tiene? La tratan por depresion leve y toma amiodarona. Como los otros dias nos ilustraban los maestros las EV del TSVD a pesar de no contar con un ECG que pueda ubicarlas en ese origen suelen responder a los BB, si persisten y la paciente se encuentra muy sintomatica impresionan monofocales bien se podria intentar la ablacion.

Pero sin el ECG donde se las pueda observar para determinar su origen es una mera especulacion mis supociones, si fuera tan amable un ECG donde tenga registrado estas EV seria interesante, y Ud recibiria una correcta interpretacion que complemete su hallazgo del Holter.

Alguno de los Maestros que me de su opinion?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Veremos qué puedo responder:

La paciente es diabética, hipertensa y con depresión leve. No es hipotiroidea (ni hiper). Como ya mencioné ECOCG y SPECT perfusión miocárdica fueron normales.

Fue asistida en otra institución cuando se le diagnosticó FA asociado a síncope, y nunca he logrado esos trazados electrocardiográficos. Sin embargo, pudo establecerse que la sintomatología ya existía antes de comenzar con sertralina y con amiodarona. Se realizó un primer ECG Holter donde se observaban idénticos hallazgos a los que he enviado al Foro, motivo por el que sugerí interconsulta con electrofisiólogo. De hecho se realizaron dos interconsultas de este tipo: Para uno se trataba de TV y sugería amiodarona; para otra, era Supraventricular con aberrancia por haz anómalo oculto y sugería también, amiodarona. Así, la paciente comenzó con amiodarona y ya a 6 meses de estar recibiendo y tras un período asintomática, reaparecieron las palpitaciones pero no el síncope. Como verán, también recibe fluticasona por una rinitis alérgica y, cuando se intentó utilizar Atenolol o bisoprolol por su HTA y palpitaciones, la paciente refirió sensación de falta de aire y tos seca, improductiva, que mejoraron con la suspensión de estas drogas. Intentaré citar a la paciente y obtener un ECG de 12 derivaciones con registro de EVs. Saludos a todos y gracias por sus opiniones:
Néstor Gorini

Estimado Dr Gorini: gracias por su respuesta, le aclaro no soy electrofisiólogo. Los especialistas no han emitido opinión.

- 1) Me impresionan claramente EV monomorfas, salvo de TVNS monomorfas, no ESV con aberrancia, ni taquicardia dependiente (en fase 4) y menos aun por haz anómalo oculto.
- 2) Si se tratara de un haz anómalo oculto, que conduce anterogradamente ESV? esperaría el patrón en el ECG basal, y si presento síncope asociado a FA por conducción anterograda por haz anómalo, cosa que no observo, tiene indicación justamente de ablación, porque este es el grupo de riesgo de padecer MS, así que la opinión de este me resulta muy contradictoria, la desestimaría por improbable, confusa y carente de fundamentos.

Le agradezco su respuesta y le envío un cordial saludo
Martín Ibarrola

Estimado Dr Ibarrola: Muchas gracias por su interés en el caso. Es probable que mañana o el lunes, la paciente concurra y trataré de realizarle el ECG que me pide.
Saludos:

Néstor Gorini

PD: MI opinión personal coincide con la suya. Mi única duda fue observar con relación 1:1 en el canal 3, P retrógradas que, para el caso de TVNS quizás podría haber algún episodio de estos con disociación, no?

Estimado Dr Gorini adjunto para que observe y los colegas lo que si me impresiona disociacion AV. Los RR y morfologias de las EV son similares en todos los diferentes trazados, solo ligeras variaciones de la amplitud de los QRS y muescas que me impresionan artefactos por movimiento de los cables de registro, en reposo tiene muy buena definicon con una excelente linea de base, pero en cuanto se mueve nunca logra un adecuado filtrado de la senial, sino mire las diferencias entre la morfologia y amplitudes de las ondas p. Es la calidad de grabacion lo que dificulta el analisis, a pesar de ser buena.

Colgajos de FA preexcitada? no me impresiona, los RR son demasiados regulares para tratarse de esta y sospechar una conduccion anterograda por haz anomalo oculto.

El otro diagnostico diferencial seria el de una taquicardia antidromica, mas raras aun y mas sin ningun signo de preexcitacion en todo el trazado del ECG? ni un solo latido? y ademas solo latidos aislados que son claramente EV con la misma morfologia que las salvas de TVNS.

Me queda un comentario acerca de los medicamentos que recibe la pte y por favor no lo tome a mal solo evaluelo.

Mi opinion acerca de la sertralina obedecia a que esta puede prolongar el QT y favorecer la TVP o torsion de punta (la pte no las presenta eso es claro), tiene un 98% de union a proteinas plasmaticas, la pioglitazona un 98% de union a proteinas plasmaticas, obvio ambas van a competir y aumentar su biodisponibilidad.

La sertralina interfiere el metabolismo hepatico de la amiodarona aumentando sus concentraciones plasmaticas, aumentando sus efectos adversos.

Todas tienen metabolismo hepatico, no las mismas citocromos, y se excretan por bilis y heces.

El losartan tambien sufre un efecto de primer paso a nivel de las citocromos P450, con afinidad por la CYP2C9 para activar su metabolito activo.

Cuanto puede influir la medicacion en la falta de respuesta a la terapeutica indicada con amiodarona?

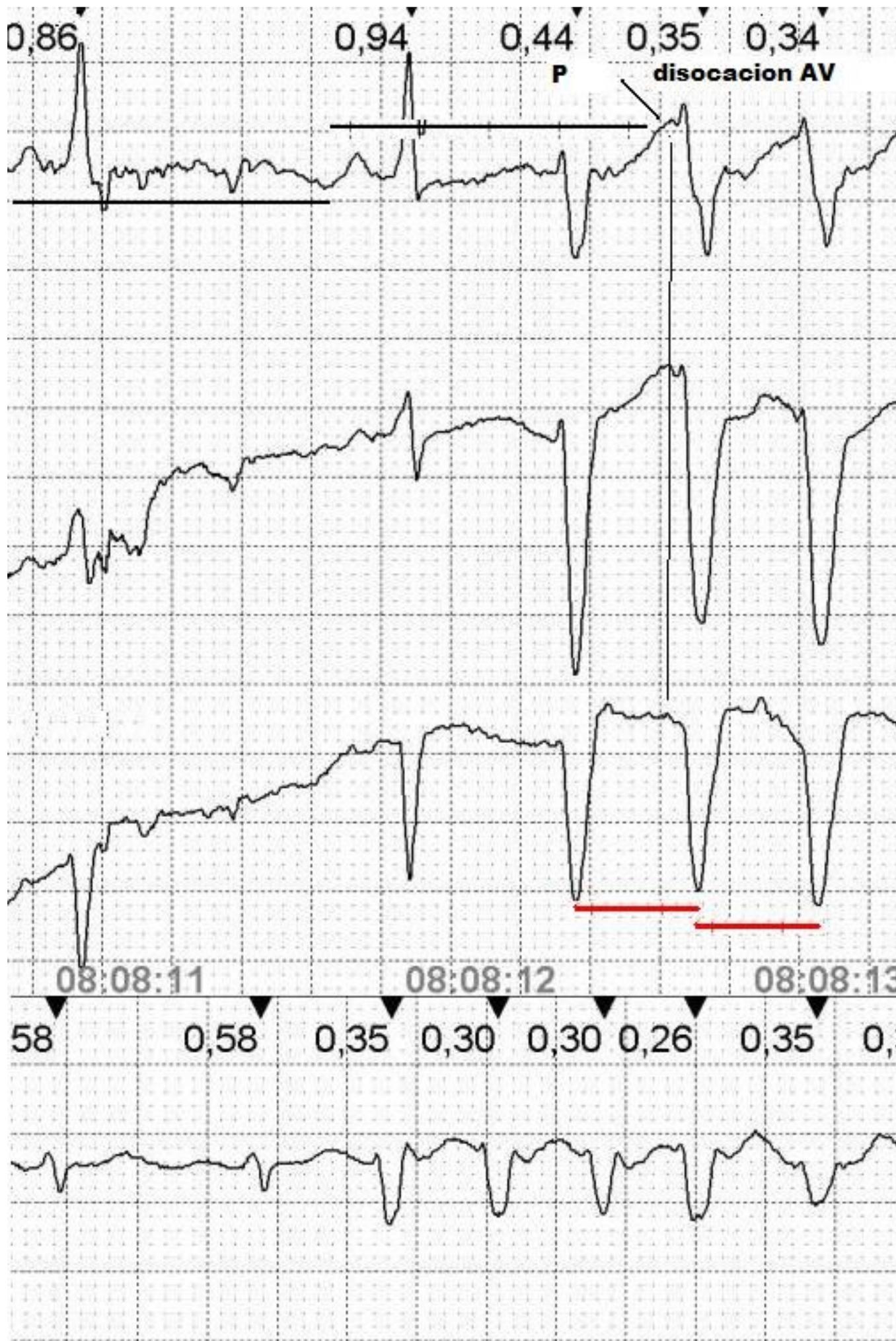
No cuestiono el tratamiento solo evaluo el potencial proarritmogénico de las drogas que recibe la pte y bien refirió la arritmia era previa. Esta

arritmia no la va a matar como no ha pasado, a pesar de afectar su calidad de vida.

Me preocupa las que si puede presentar por la asociacion de estas drogas que recibe, es solo una opinion y le pido no la tome a mal.

Le envio un cordial saludo y adjunto las tiras de TV para que opinen los que saben.

Martin Ibarrola



Cómo me voy a enojar?!!! Todo lo contrario, agradezco y valoro muchísimo su opinión, además de su actitud colaborativa para conmigo.
Es más, muchas de sus observaciones también las he tenido, y coincidimos. Pero como la paciente es más que sus palpitations, uno debe consensuar con su clínico y los especialistas que éste consulta; y no está mal eso.
Respecto a la calidad del trazado e interpretación del “ruido”, también coincidimos. Lo que yo hice es tomar las tiras más limpias y luego observar las otras. Mi interpretación respecto a que no hay disociación se basa en las tiras 10 y 17 (esta es la segunda que Ud. muestrea en su email), principalmente, donde veo que el n. sinusal viene ciclando a unos 600 msec, y cuando comienzan los colgajos de TVMS, se observan una “espícula” detrás de cada QRS, en relación 1:1, ya no aparece la onda P (Ud. identifica una , con sus argumentos válidos, y yo me permito mantener cierta duda respecto a si es una P). Aquí también me pregunté sobre el RR progresivamente más corto, con RP, de conducta similar.
Por último la posibilidad de artefacto del cable del canal 1. No está mal la observación, máxime cuando vemos que a lo largo de todo el registro, las morfologías de los QRS normales son dos.
Pero, y es lo llamativo, es que habría “ruido grave” o “artefacto” sólo durante la TVNS.
En fin... al no poseer un ejercicio de razonamiento entrenado en electrofisiología, lo único que puedo hacer es preguntar y dudar, y por eso le agradezco con absoluta sinceridad su actitud.
Es más, no encuentro motivo alguno para “atajarse” tanto, todavía tiene un gran margen de agresividad para opinar sin que me moleste..jeje
Hoy veré si puedo hacer venir a la paciente al finalizar la consulta y registrar un ECG con alguna arritmia.
Saludos:
Néstor Gorini

Queridos Nestor y Martin

Lamento opinar tardiamente en el caso, pero me perdi un poco. Solo opinare de estos dos ultimos emails y el trazado que se muestra.

He disfrutado mucho todas las disquisiciones electrocardiograficas y electrofisiologicas.

La tarea de demostrar asociacion V-A en una taquicardia sostenida es DIFICIL. Por lo tanto, en una TV NO sostenida, de 4-5 latidos, a veces es IMPOSIBLE.

Habrán algunos que la ven y otros que no. Pero NO es aconsejable usar ese único criterio para definir TV vs otra posibilidad.

Respecto a colgajos de FA preexcitada...eso es rarísimo de ver. Generalmente se presenta como una FA sostenida, y muchas veces con compromiso hemodinámico. Pero la llave está, que cuando cesa la FA, uno puede ver la preexcitación anterograda en ritmo sinusal. En este caso eso no pasa, por lo cual no forma parte del diagnóstico diferencial.

TV o ruido?

Para ruido, no están los elementos clásicos, es decir, el “notch” sign. Esto es, poder hacer “tracking” de los QRS nativos sobre el ruido.

El cambio de morfología y polaridad, fuertemente sugieren que se trata de TV no sostenida.

Me disculpo si esto ya fue aclarado anteriormente.

A quien le interese, hace unos años publicamos lo que consideramos “los 10 mandamientos” en correcta adquisición de un ECG de superficie. Por favor, me lo pidan por correo privado.

(Baranchuk A, Shaw C, Alanazi H, Campbell D, Bally K, Redfearn DP, Simpson CS, Abdollah H. ECG pitfalls and artifacts: The 10 Commandments. Crit Care Nurse 2009; 29:67-73)

Un abrazo a ambos y gracias por esta discusión

Adrián Baranchuk

Estimado y distinguido Dr AB (Adrián): Impecable. Muchísimas gracias. Con respecto al artículo, me gustaría poder solicitárselo por la vía que indicó, pero no tengo su email privado.

Comento que el ECG de superficie que pretendo hacer es digital y promedia señales, por lo que si los electrodos los coloco en posición correcta, luego se puede “trabajar offline” con el registro (filtros, amplitudes, velocidades, promediación, etc... en otras palabras: Si recibo una crítica respecto al ECG, deberé dedicarme a la obstetricia.

Saludos y gracias a todos:

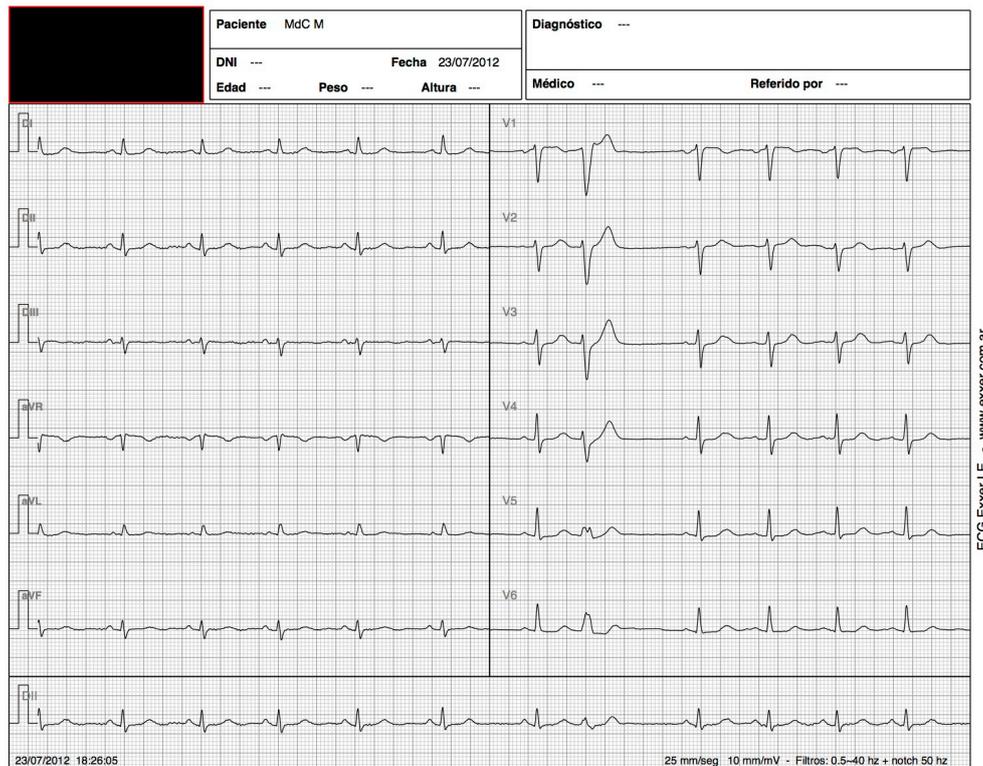
Néstor Gorini <drgorini@GMAIL.COM>

Aunque con 48 horas respecto al plazo originalmente comprometido, aquí adjunto el ECG de 12 derivaciones. Por cuestiones técnicas del equipo ECG, las 12 derivaciones simultáneas sólo pueden verse por pantalla de monitor, y eso está en el archivo .doc. En el .pdf se puede ver el ECG, donde la EV se registra en forma simultánea en el plano horizontal. Ahora, espero sus opiniones.

Aprovecho a comentar que he suspendido la amiodarona y citado a la paciente en 30 días.

Saludos a todos:

Néstor Gorini



En respuesta al Dr Nestor Gorini con respecto a la morfología de la EV en el electro de 12 derivaciones Es sin duda de origen del vent derecho , pero sin desviación del eje frontal

Esta EV indica que su origen es la cara lateral del ventriculo derecho (las EV con eje a la derecha y abajo son las generalmente las idiopaticas , o se pueden presentar en infartos anteriores que involucran la cara anterior superior del vent y el septo derecho . , o tambien en casos de displasias arritmogénicas derechas Las EV con eje a la izquierda expresan generalmente una patología de la cara y septo derecho posterior , generalmente isquémicos agudos o crónicos ,Sin desviación del eje puede ser la (como esta

extrasistole que se ve en el caso de Nestor) unica expresion de isquemias de la cara lateral VD , (que es una cara ciega para el ecg) por obstruccion de unas laterales de la coronaria derecha, o una obstruccion de CD muy proximal , o es una presentacion frecuente en displasia de este vent
Lo interesante que muchas veces la morfologia de la EV , puede ser la unica expresion de una zona isquemica ,y esto es bien sabido ,actualmente, que las isquemias agudas y cronicas y las remodelaciones hipertroficas disminuyen (down regulation) de la concentracion de la conexina 43 , siendo el substrato mas frecuentes de las arritmias ventriculares junto con la fibrosis miocardica

"No se si a eso se referia el poeta" , pero esto lo unico raro que veo en este electro

Tambien le pido a nuestro querido director profe Edgardo Shapasnick ,si me puede mandar la el concierto del artista ciego, y la verdad que la sinfonia numero 9 de Bethoven(La Coral) la tengo en varias versiones ,

Con respecto a las maximas de nuestro amigo Alberto de Cuba

El filosofo de la era moderna Leibnitz, el unico filosofo que las religiones monoteistas lo aceptan (a diferencia s con Descartes y Espinosas ,que eran iconoclastas) dijo que dios creo el mejor de los mundos posible , y esto Voltaire lo critico en su famoso libro Candido , donde el filosofo era representado por el Dr Padlos (el libro Candido se lo puede obtener en goggle en espaniol)

Esdecir maximas y consejos son muy lindos y utiles ,pero la realidad es a veces muy oscura y tragica ,quehay que enfretarla en lo personal y publico

un fraternal abrazo

samuel sclarovsky

En primer lugar, muchas gracias al Dr. Sclarovsky por sus comentarios y dedicación al caso.

Ahora quiero decirles que tras haber indicado a la paciente que busque esmeradamente en su casa, si tenía algún ECG viejo, hoy me envía por email, el que adjunto al presente.

Bueno, ahora creo que se resolverá la cuestión.

Saludos:

Néstor

VD, presenta latidos de fusion, presenta disociacion AV, los RR no son exactos, lo mismo ocurre en las pequeñas tira de EV que presenta actualmente como si sufiera una calentamiento y luego se corta la TV en las tiras actuales, en la tira del 2010 el acoplamiento de la primera EV de la tira de DII es exactamente igual al acoplamiento de las EV y TV actuales. No voy a ahondar en los detalles que presentan por lo que se trata de una TVMS.

Las describio un tal Gallavardin en 1922!

Me impresiona claramente una taquicardia ventricular idiopatica del VD, en la pared libre del VD por la transicion tardia mas alla de V3, con un eje a la izquierda, en articulos repotan las TV idiopaticas del VD con este origen cercano al 20%. (1) (siempre tengo dificultades para ubicarlas esacialmente le aclaro, en eso me ayudan los Maestros corrigiendome amablemente).

No hay signos en el ECG de ARVD por lo que la RMN no le aportara nada, y un WPW oculto? no me explica las EV aisladas de similar morfologia que las EV del trazado.

Y si mide bien los RR previo a las EV observara que el ultimo ciclo de RR presenta una ligera prolongacion con respecto a los previos y luego de la EV, con pausa compensadora, los RR son iguales a los RR previos al RR prolongado preextrasistolico, lo que favorece la apricion de el fenomeno de reentrada y la EV. (2)

Encontre un lindo articulo de Relampa del cual extraigo unos parrafos. Sino tolero Bisoprolol por su atopia, y no responden a verapamilo, y responden poco a la amiodarona por lo expuesto por Ud, y me preocupa los efectos secundarios de esta a largo plazo en una mujer joven, yo le recomendaria la ablacion con el mayor de los respetos, las tiene bien ubicadas espacialmente y responden muy bien a la ablacion. Pancho espero hermano si lees el mensaje digas tu opinion en esto, sino sensei Adrian escucho con gusto tu opinion.

"Frecuentemente los pacientes con TV del TSVD (extrapolo a este caso, aunque difiera el origen por tratarse de una TV idiopatica a mi criterio), presentan complejos ventriculares prematuros (CVPs) en el ECG basal que presentan una morfología que coincide con la morfología de la TV4,10,11, lo cual hace suponer, según Peng et al.12, que la extrasistolia ventricular monomórfica del ventrículo derecho y las TV TSVD son la continuación de un mismo proceso y pone de manifiesto su mecanismo de actividad desencadenada. Kim et al.11 en su serie encontraron que del 35% de sus pacientes que presentaron CVPs en el ECG basal, el 82% de estas CVPs se originaron en el TSVD, (en esta paciente tiene origen en la

pared libre del VD, cercano al anillo tricuspideo), coincidiendo su morfología con la taquicardia del TSVD." Extraído de Características electrocardiográficas e eletrofisiológicas basais em pacientes com taquicardia ventricular idiopática un artículo original en RELAMPA. Estimado Dr Goriini gracias por tan interesante caso. Tal vez el Potro nos ilustre con un analisis y repaso del tema, yo orgulloso de aprender de el. Un cordial saludo
Martin Ibarrola

Femenia F, Magnani S, Ambrosi A, Torres C. Ablación por radiofrecuencia con técnica abreviada de taquicardia ventricular idiopática de tracto de salida de ventrículo derecho. Rev Fed Arg Cardiol 2006;35:181-5
Gallavardin L. Extrasystolic ventriculaire a paroxysmes tachycardiques prolonges. Arch Mal Coeur 1922;15:298-6.

(1) Idiopathic Ventricular Tachycardia: Diagnosis and . **Badhwar, MBBS, FACC, and Melvin M. Scheinman, MD, FACC. Curr Probl Cardiol, January 2007. http://s3.amazonaws.com/files.posterous.com/arritmias/lzr6YyMdNYImqFiAy9t96PnTVT3DxsWNZVGEwfdPH21bXsX5SNBKN5RzJqcH/TV_idioptica_CPIC_2007.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJFZAE65UYRT34AOQ&Expires=1343172563&Signature=2Sfp%2FLSLT0wnXrB3VvMwPFsILA8%3D**

(2) Change of autonomie influence on the heart immediately before the onset of spontaneous idiopathic ventricular tachycardia FREE. Lü Fei, MB; Deborah J. Statters, BM; Katerina Hnatkova, PhD; Jan Poloniecki, PhD; Marek Malik, PhD, MD, FACC; A. John Camm, MD, FACC <https://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1119668>

Nitish Badhwar, MBBS, FACC, and

Melvin M. Scheinman, MD, FACC

El electro del dr Nestor Gorini lamentablemente tengo que disintir con el "bocho" en clinica cardiologica Dr Martin Ibarrola , yo estoy mas que convencido de que es una fibrilacion auricular con respuesta ventricular rapida ,y conduccion aberrante de la rama izquierda

Las taquicardias ventriculatreas derechas no vienen con R inicial en DIII y AVF El latido angosto despues de un alargamiento diastolico de la FA , es un latido de escape infranodal

Esto es muy frecuente ver en bloqueos de rama izquierda ,extrasitales angostas , que se originan por debajo de la rama izquierda
Esto no es una TV de reentrada o polimorfica ,
En fraternal abrazo a todos los foristas
samuel sclarovsky

Muy interesante todo. Incluso, en este Foro se plantea la misma disidencia (diferencia de opiniones), que entre los dos electrofisiólogos consultados y que vieron a la paciente.
Cómo resolverían esto?
Saludos y muchas gracias por los aportes.
Néstor Gorini

Hola Nestor

Te cuento algo que me contaron de segunda mano, pero que PAC o Samuel podran afinar.

El Dr Rosenbaum decia: “para cada fenomeno electrofisiologico, hay por lo menos 3 explicaciones posibles...”.

Claro, en tu caso, tu me diras: “pero Adrian, no puede ser TV y FA preexcitada al mismo tiempo...”.

Y tendrias razon. No pueden estas 2 arritmias coexistir, porque ambas involucran el ventriculo.

Propongo lo siguiente: como se plantearon muchos casos al mismo tiempo, porque Nestor no envias todo el material junto, nuevamente, con el resumen del caso clinico, y lo que hacemos es uno por uno, decir que tiene y porque.

Luego, como clinico, tendras que tomar tu decision sobre quien te parece que tiene razon.

Salud
Adrián Baranchuk

Resumen del caso DR Gorini, envio el caso.

Maestro Samuel no creo merecer sus palabras, las agradezco se que vienen de un amigo y las tomo como una muestra de su afecto. Para eso participo para aprender y comprender.

Adrian y Dr Gorini me tome el atrevimiento de resumir el caso en un PDF chico que pase por aca para que todos puedan ver y analizar el caso.

Un solo comentario, para el querido Maestro Samuel, si tiene un haz nodofascicular o un haz AV situado en el anillo tricuspideo, asi como las EV originadas cercanas a la valvula tricuspide, contrariamente a lo que ocurre en las EV del TSVD ingresan al sistema de conduccion por la rama derecha del haz de hiz lo que si puede dar como los es en el caso una taquicardia antidromica, o una macroreentrada por has nodofascicular o una TV de este origen una r inicial en cara inferior no descarta una TV.

Adjunto el PDF para escuchar sus opiniones.

No realizaria un EEF para disquisiciones cientificas, yo se lo indicaria porque no responde a la terapeutica, obviamente porque existe mas de un mecanismo involucrado, no solo una FA con conduccion aberrante.

Saludos

Martin Ibarrola

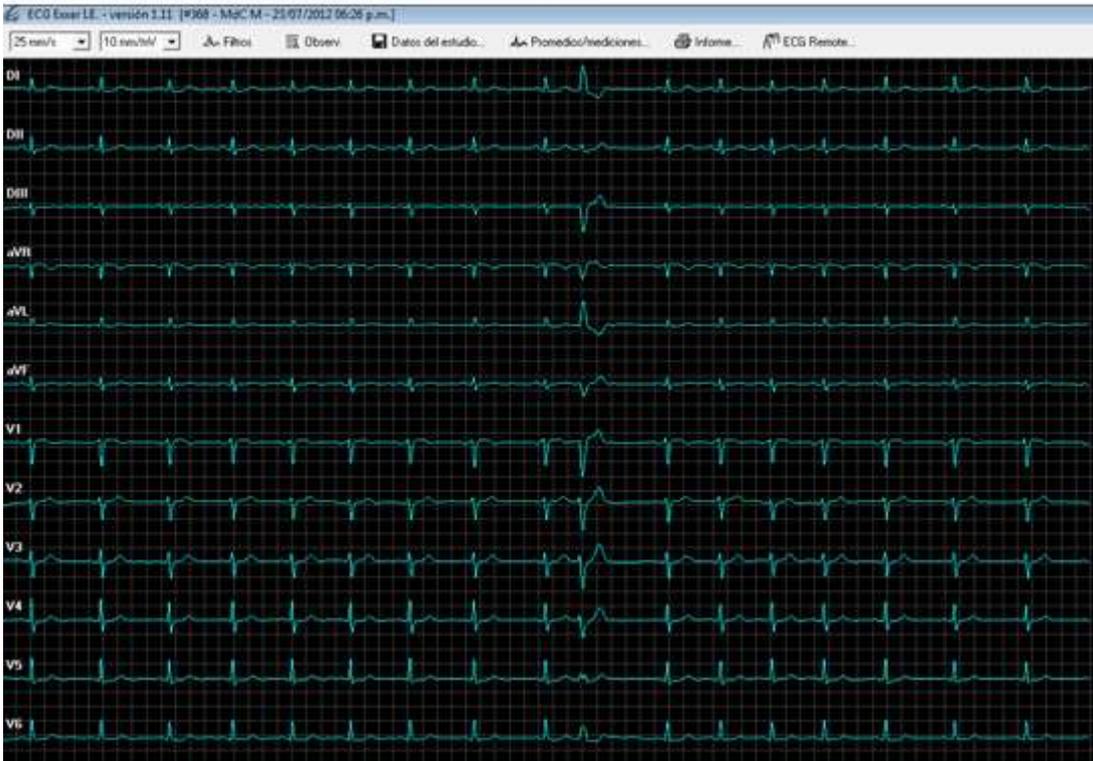
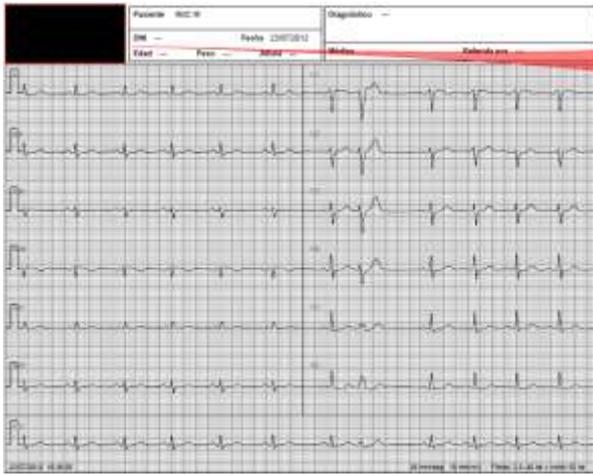
MUJER DE 52 AÑOS CON EPISODIOS DE TAQUICARDIAS CON QRS CON IMAGEN DE BRI

Paciente: Femenino 52 años. Indicación/motivo Internación por síncope y taquiarritmia de QRS anchos interpretada como Fibrilación auricular aguda.

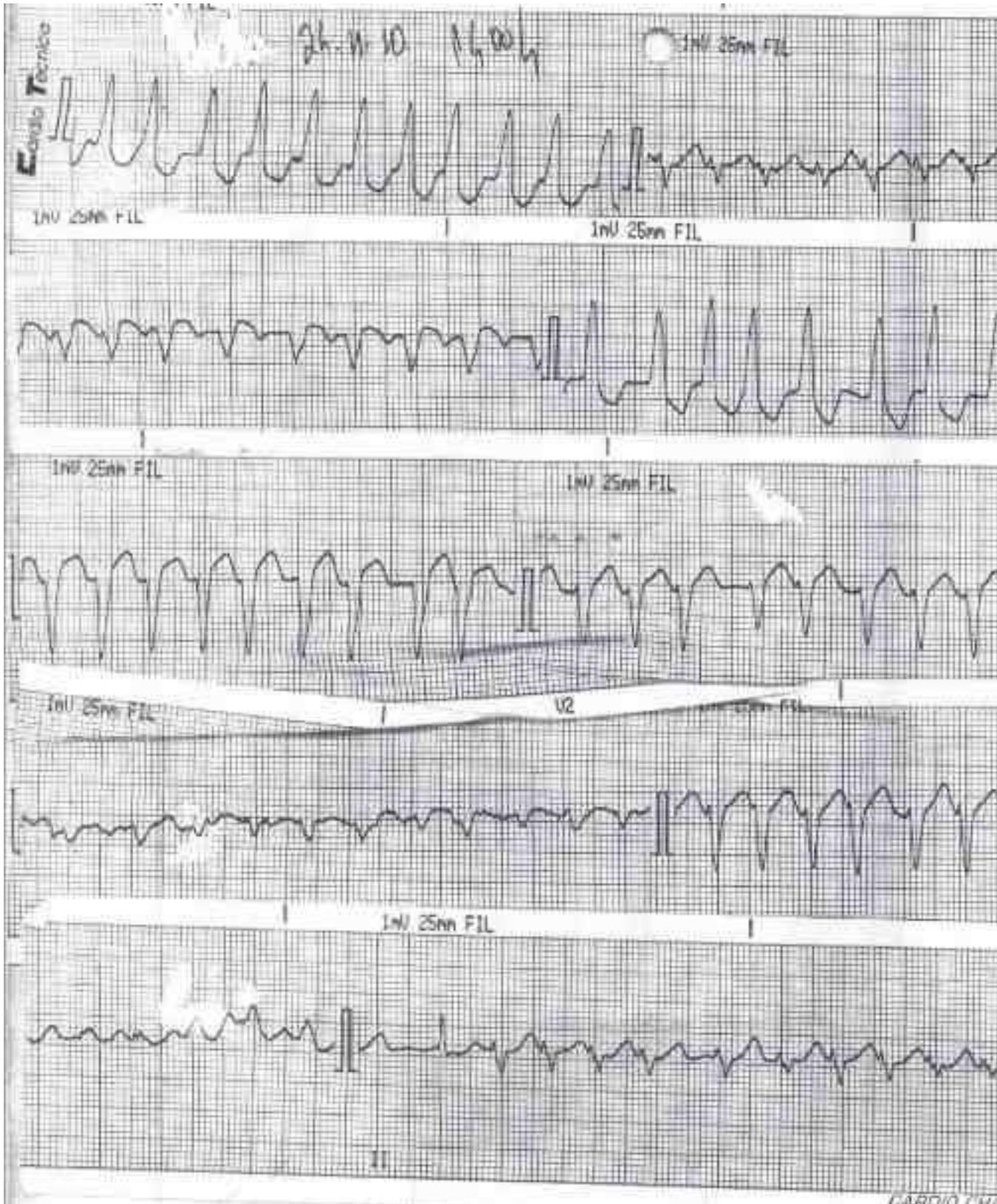
Antecedentes: HTA, DBT2. Rinitis atópica. Depresión leve. Ecocardiograma normal. Medicación/tratamiento: Amiodarona, pioglitazona, AAS, Losartan, Sertralina, fluticasona. Objetivo del estudio: Evaluar respuesta al tratamiento con amiodarona. Comentario: Los episodios de taquiarritmia registrados fueron sintomáticos por palpitaciones. La paciente no presentó síncope.

ECG ACTUALES DE LA PACIENTE

ECG PREVIO EPISODIO DE TAQUICARDIA CON QRS ANCHO (AÑO 2010)

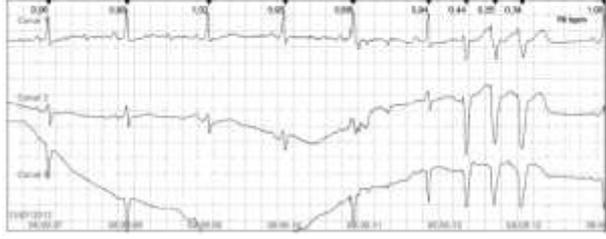
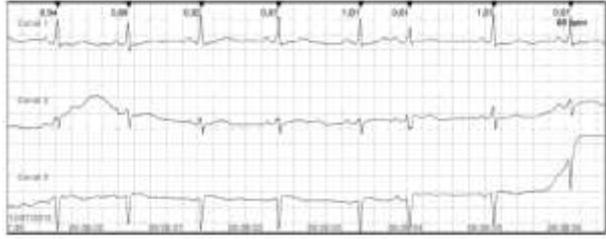


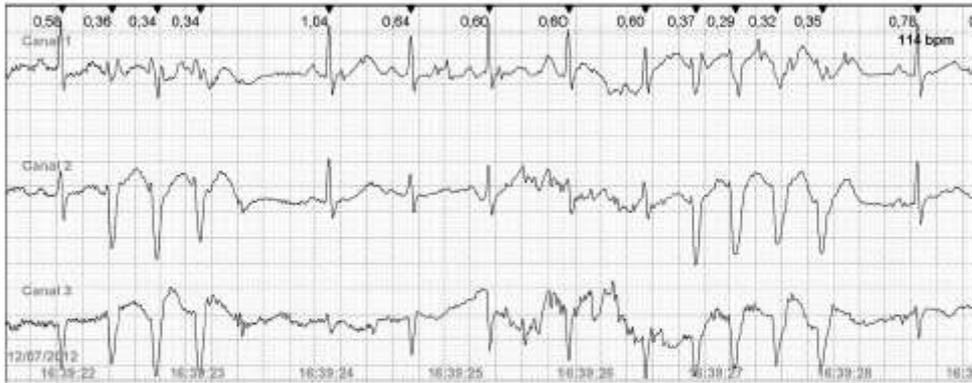
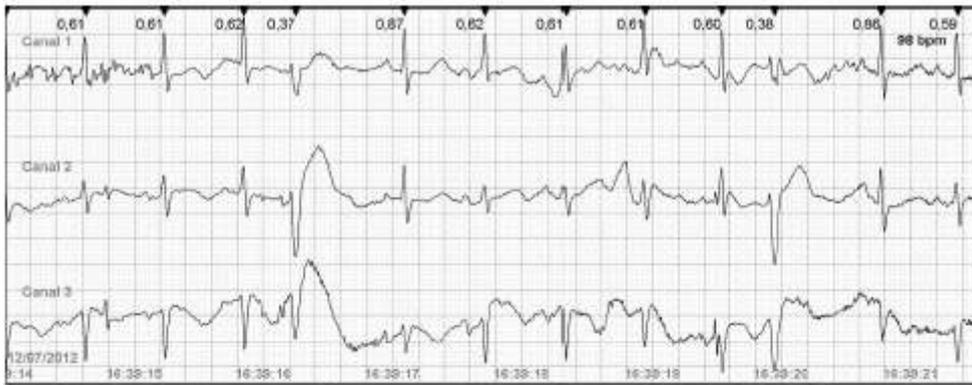
MUJER DE 52 AÑOS CON EPISODIOS DE TAQUICARDIAS
CON QRS CON IMAGEN DE BRI

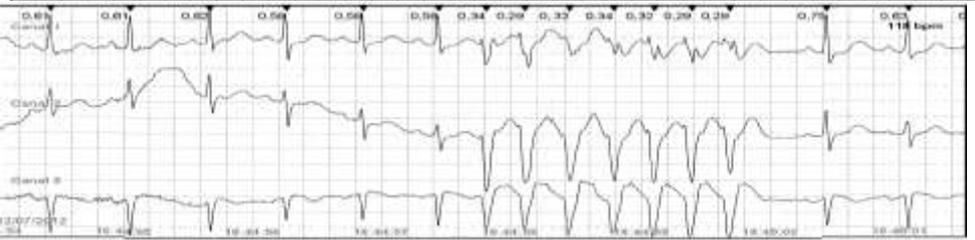


HOLTER ACTUAL DE LA PACIENTE MEDICADA CON AMIODARONA SINTOMATICA POR PALPITACIONES

MUJER DE 52 AÑOS CON EPISODIOS DE TAQUICARDIAS CON QRS CON IMAGEN DE BRI







DIANOSTICO PRESUNTIVO?

Gracias Martin.

A mi entender hay clara justificación para pensar en una FA preexcitada a través de un haz accesorio de localización postero-septal derecha.

Si te fijas en la última imagen del PDF, el recuadro inferior a la derecha, muestra clara preexcitación intermitente con un hermoso fenómeno, de frecuente observación en el laboratorio de EP.

Se ven tres latidos sinusal preexcitados, y luego una extrasístole ventricular, seguida de una pausa compensadora. El primer latido subsiguiente a la pausa, NO tiene preexcitación. Porque? Muy posiblemente penetra de manera retrograda el haz accesorio tornándolo refractario cuando el siguiente latido llega. Al encontrar al haz accesorio refractario, solo conduce por el nodo. Los siguientes dos latidos son preexcitados nuevamente.

Adicionalmente, el **primer recuadro a la izquierda,** la paciente conduce con preexcitación y en el **recuadro inmediatamente por debajo,** conduce por el nodo AV.

Son los colgajos FA preexcitada o TV? No lo sé, a pesar que son irregulares (RR) creo que puede ser TV no sostenida, y nada que ver con la vía.

Yo le haría un **estudio electrofisiológico** sin dudarlo, buscaría la vía, y eventualmente la ablacionaria.

Martin, si puedes enviarme tu opinión nuevamente (lo lamento se me confundieron los casos) para saber porque NO piensas como Samuel. Para mí es clarísimo que se trata de una vía accesoria.

No concuerdo con Samuel en cuanto a la aberrancia de rama izquierda. La vía está en el anillo tricúspideo, y por eso la morfología en V1 semeja BCRI. Pero NO es por aberrancia.

Salud

AB

Bueno; Adrián, haré lo que propones.

Pero por una cuestión de honestidad intelectual, me parece que yo debo arriesgar mi diagnóstico a priori. Y, en sentido, me inclino a una FA con

aberrancia, con o sin preexcitación justamente por los motivos que Martín utilizo pero que, a mi modesto entender, si bien son características de la TV (Irregularidades, fusiones y capturas), estas características no son las principales o fundamentales. Justamente, si observo una taquiarritmia con semejante irregularidad como la que presenta mi paciente, lo primero que me viene a la mente, es pensar en una FA. Además, en función de algunos RR tan cortos (de hasta 140 mseg en ECG del 2010 y que supongo, sin medicación mediante) no me orientan a una TV que si bien puede haberlas “tan rápidas” no es lo que más frecuentemente he visto. Y para finalizar, este último hecho también me orienta a una posible preexcitación, aunque con menos convicción que para dudar de una TV.

Obviamente, estos argumentos son bastante más débiles que los de Brugada, Schamroth y otros, pero parece que serán los criterios a los que deberemos recurrir para inclinarnos por un diagnóstico o por otro, no?

Y adelanto mi primer paso (ya dado): Suspendí amiodarona y cité en 30 días. Saludos y muchas gracias.

Prometo cumplir con la tarea dentro de la brevedad posible.

Néstor Gorini

Nestor querido

Parte de los trazados del Holter muestran PREEXCITACION.

Como diria el Potro, el caso esta resuelto, Watson.

La aberrancia puede pensarse si NO hay preexcitacion visible, y generalmente es mas estable en cuanto a duracion del QRS. En tu caso los QRS son casi todos distintos y eso se da por diferentes grados de preexcitacion.

Se puede especular hasta el fin de los días, y otdas las opiniones son bienvenidas, pero este caso no ofrece resistencia alguna: es una FA preexcitada de libro, confirmada por preexcitacion en ritmo sinusal. Mas no se puede pedir.

Conducta: estudio electrofisiologico y ablacion.

Ojo: Ud saco la amiodarona y esta paciente tiene rapida conducción anterograda. No me parece la mejor maniobra (por riesgo de FV): yo la dejaria con droga hasta hacerse la ablacion.

SALud

AB

Estimados todos los que participan en este caso:

En primer lugar, gracias Martín por resumir el caso (me ahorraste una tarea). Parece que mi presunción de FA es avalada por Adrián y Samuel. Y, hasta ahora, la preexcitación sólo por Adrián (aunque a decir verdad, yo no logro identificar preexcitación durante un latido sinusal, sino que lo propuse por la frecuencia que alcanzaba la taquiarritmia irregular de QRS anchos. Adrián: me dirías dónde viste la preexcitación que a mi se me pasó por alto?)

Y entonces te pregunto : No gustaría ensayar alguna otra droga?

Martín proponía Bisoprolol (Adelanto que la paciente ha comenzado tratamiento con fluticasona y formoterol inhalatorios, por lo que supongo que no habrá problemas en ensayarlos, aunque mi orientación diagnóstica sea otra). Incluso, hasta propuso verapamilo.

Alguien ensayaría flecainide o propafenona? Lo pregunto sólo a los efectos de promover una respuesta académica/docente al foro por un experto.

Personalmente, convencido del diagnóstico, con ese RR y habiendo tenido síncope, no dudo que intentaré ablación. Y como una vez recibí un reto de un electrofisiólogo por mandarle un paciente bajo tratamiento con amiodarona, esta vez quiero evitar reprimendas, y por eso comencé la suspensión de la misma. En aquel entonces, el mencionado electrofisiólogo me dijo que se le dificultaba el estudio si le mandaba al paciente “empastillado con amiodarona”. No conozco ciertas cuestiones de la técnica y quizás Uds. me puedan decir si es esto correcto o no. Si bien puede parecer lógico, no sé si en los hechos eso es real.

Mis saludos:

Néstor

PD: Adrián: Vos estás cerquita de Mario Bunge? O estoy equivocado?

Hola

1. Los electrofisiólogos no tienen ningún derecho de retar a nadie: igual que los taxistas, los vendederos de “chuenga”, los juriconsultos y los jardineros.
2. La amiodarona está indicada en este caso de alta presunción diagnóstica de FA preexcitada, hasta que se haga la ablación
3. Los bloqueadores del nodo AV (bloqueantes calcícos, BB, digoxina etc) están CONTRAINDICADOS (tuvo FA preexcitada, si bloqueas el nodo AV facilitarías la conducción por la vía!!!!)
4. Néstor, por favor lee bien el email anterior: he dado detalles de DONDE se ve clara preexcitación, y como desaparece en el MISMO trazado. Por favor, relee el email y luego vuelve al trazado y la verás tan claramente como la veo yo. El PDF de Martín es borroso y así y todo se

ve con perfecta claridad. Te he descripto como una PVC produce penetrancia retrograda y el latido siguiente NO tiene preexcitación (no focalices en el PR sino en la desaparición de la onda delta!!!).

5. Por favor insisto: no le den bloqueadores del nodo AV a esta mujer. EPS y ablación a la brevedad.

En este caso, la amiodarona NO dificultara mucho el diagnóstico, ya que en el laboratorio, hay maniobras que ayudan a desenmascarar conducción anterograda por una vía accesoria.

Salud
AB

Adrián:

Si, Ahora veo clara la preexcitación y esto me hace acordar una anécdota.

Vivo en una localidad de Argentina que se llama Berazategui. Estaba en mi segundo año de cardiología (1984), y asisto a una paciente que trabajaba en la antigua Koerning Glass (luego Cristalerías Rigolleau) quien consulta por palpitations. Su ECG mostraba Ritmo sinusal un PR de 200 mseg, y QRS ancho con melladura inicial. La paciente me dice que tomaba 1000 mg diarios de amiodarona, por lo que le pregunté quién se le había indicado, a lo que la paciente respondió: "Un Médico que había en la Fábrica, y fue quien me dijo que tenía un Sd. de WPW".

Mi respuesta juvenil fue inmediata: "No señora...!!! Esa medicación no puede prescribirla un médico laboral y menos sin consultar con un cardiólogo y encima, hacer un diagnóstico como el de un Sd. de WPW. Mire, Ud tiene esta parte del ECG "larga" (PR), y el WPW tiene esa parte cortita, a lo sumo, de dos cuadraditos y medio, de los chiquitos."

"Cómo se llama ese médico de la fábrica?" Pregunté.

A lo que la Señora responde: "Mauricio Rosembaum."

"Bueno, entonces señora, Ud. tiene un Sd de WPW y no tiene que hacer caso a nada de lo que le dije"jeje

Mauricio Rosembaum, en sus primeros años se ganó la vida como médico laboral en Rigolleau, Berazategui.

Y yo, como aquella vez, hoy me concentré en el PR...

Saludos:

Néstor

Gracias Adrian por tu aporte, lo dije para equivocarme y aprender es que participo. Dr Gorini gracias por el humor y traer tan lindo caso.

Estan de anecdotas, va una simple: Adrian pregunto que opinaba Pancho del tema, por mail hablando de otra cosa, simplemente con la presentacion del caso y sin ver los electros, me dijo ojo con una FA preexcitada con conduccion AV oculta o inaparente, desde el principio esa fue su presuncion diagnostica de el.

En lo que mencionaron ambos en mis epocas nuestro instructor de residentes, que padecia una ELA y se encontraba ya en una silla de ruedas y lo habia hecho retornar de la Clinica Mayo donde ejercia, no daba las presentaciones de caso del NEJM y una pregunta, cual estudio diagnostico solicitaria por ejemplo para confirmar el diagnsotico? Para llegar a esto desglozabamos con los datos iniciales, toos los detalles contaban, de ahi los diferentes diagnosticos diferenciales e ibamos descartando los 40 o 50 diagnostcos presuntivos, por no presentar no encuadrar en los datos dados, justificando en cada caso porque lo descartabamos. No era acertar el diagnostico lo comprendo ahora, era mecanizar una manera de elaborar un enfoque diagnostico. Todavia recuerdo sus palabras al decir una burrada "Dr le parece aceptable su interpretacion" con una amabilidad y una paz envidiable, y te proponia realizar una presentacion del tema a la otra semana y de 2 a 4 de la tarde era obligatorio concurrir a la biblioteca . Lamento no recordar su nombre para honrar su nombre y don de gente.

Sigo leyendo aun hoy con avides lo casos del NEJM, no se que nombre le pondria a esta manera de aprendizaje. Pero ha marcado mi manera de pensar cuando estoy frente a un paciente, desde que entra caminando, dandole la mano, etc.

Un saludo a ambos y gracias por el ejercicio y el aprendizaje.

Martin Ibarrola
