

Gestante de 31 años y 17.6 semanas de embarazo con mareos y palpitaciones

Dr. Francisco Rodríguez Martorell

Pte: M.M.B.

Edad: 31 años

Ocupación: Estadística

Paciente de raza blanca gestante de 17.6 sem de gestación, que hace un año presentó una taquicardia tolerada que revirtió con maniobras vagales. Estudiada por endocrinología y medicina interna sin evidenciar causa de la arritmia. Hace 1 mes acude a urgencias de nuestro hospital con mareos y palpitaciones. Al ECG se detecta Taquicardia con QRS ancho y se procede a la CVE con 150-200 J.

Sale en ritmo sinusal y es trasladada a UTI polivalente. A las dos horas reaparece la arritmia nuevamente con la misma repercusión hemodinámica, aplicándose nuevamente CVE con 200 J. Durante 48 horas se mantiene sin arritmia con Procainamida a dosis de 50 mg/ min EV. Se traslada a la UCIC de cardiología, donde se reevalúa, y se retira el antiarrítmico. Se realizan algunas investigaciones.

APP: Madre HTA

APP: Alergia.

E.Físico:

- A.Resp: n/s
- ACV: n/s P-76 regular TA: MSD: 110/70
- Abdomen: Propio de su gestación.
- TCS: No edemas.

Complementarios:

- ECG: Durante la taq. (Se adjunta).
- ECG después de la crisis: Normal. No signos de preexcitación ventricular
- Aorta: 27 mm AI: 26 mm AI/Ao: 0.9 DTDVI: 47 mm DTSVI: 30 mm SIV: 9mm

PPVI: 9 mm FEVI: 64 % FAc: 38 % E/A: 1.4.

Válvula aórtica trivalva conservando morfología y función normal. Válvula mitral de aspecto normal con signos de regurgitación ligera por Doppler color. Tricúspide y pulmonar normales. Cavidades cardíacas de tamaño normal. Función sistólica global y segmentaria conservada. Patrón de llenado del VI normal.

Conclusiones: I. Mitral Grado I

- Hb, Hto, Leucocitos, VSG, Glicemia Urea, Creatinina, Ac. úrico, Lipidograma, P. Totales y fraccionadas, ionograma, calcio, fósforo, F. alcalina, T3, T4, TSH y cituria son normales.

Se discute el caso en el colectivo y después de un exhaustivo se concluye como un

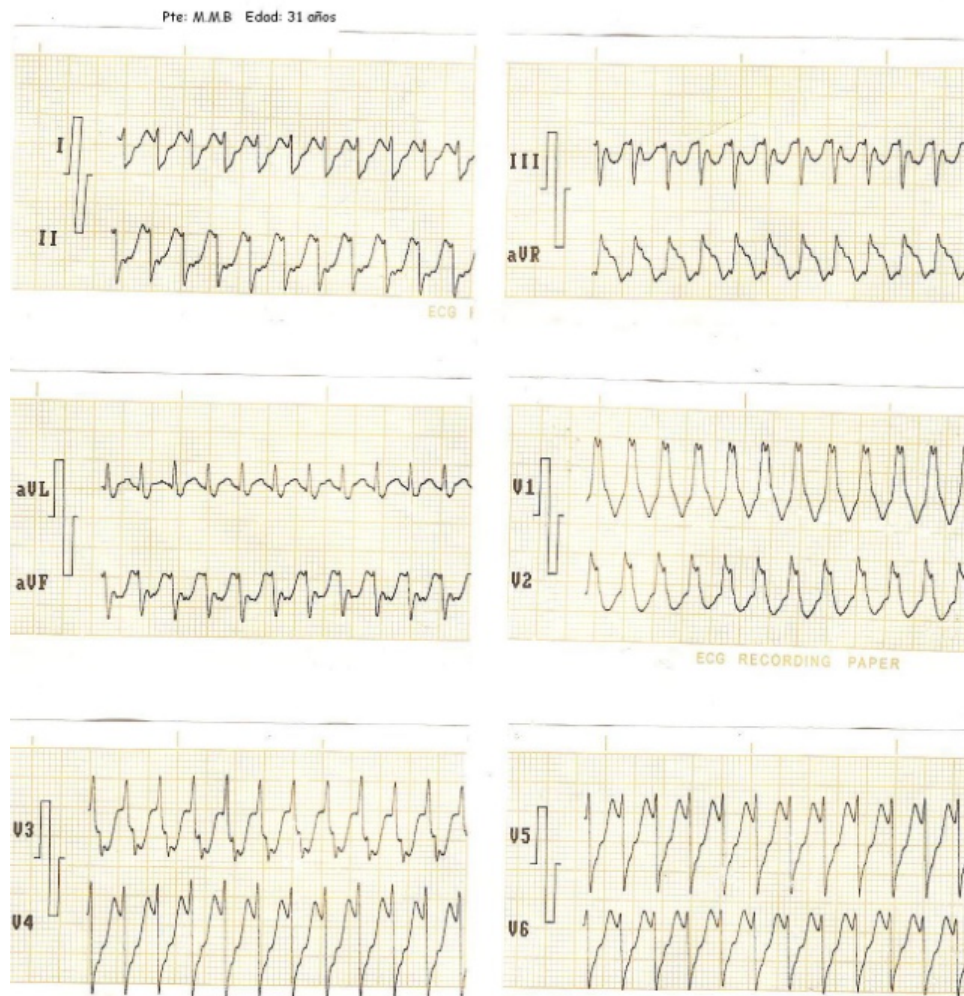
Flutter Auricular con conducción 1:1 por el nodo AV. Se decide comenzar con antiarrítmicos (Metoprolol y Flecainida) en bajas dosis, vigilancia estricta, control de los factores desencadenantes y realizar estudio electrofisiológico posterior al parto, además de enviarse a la consulta especializada de cardiopatía y embarazo.

Un cordial saludo.

Dr. Francisco Rguez Martorell.

Cardiólogo Intensivista – Ecocardiografista.

Hospital Universitario “Gral Calixto García” Habana. Cuba.



OPINIONES DE COLEGAS

Análise do traçado:

Trata-se de uma taquicardia, regular, sustentada, com QRS largo (ancho ou “broad QRS tachycardia”), porém = 140ms com padrão de BCRD e eixo no PF com extremo desvio no quadrante superior direito (positivo aVR) com FC muito alta: 250 ou mais bmp.

1) Os complexos QRS nas precordiais são positivos de V1-V3 e predominantemente negativos (rS) de V4-V6: ausência do fenômeno do padrão concordante (“*concordant pattern*”). A concordância falaria em favor de TV e não de aberrância. **Na TV a concordância na polaridade em todas as precordiais fala em favor de TV.**

2) Em V1 complexo QRS R em torre monofásico com entalhe central sendo o primeiro pico minimamente mais alto que o segundo: ausência do sinal denominado **orelha de coelho (conejo)** (“*rabbit ear clue*”) isto é, o segundo pico ou pico esquerdo mais alto que o primeiro: Left peak taller than the right”. Se assim fosse pesaria em favor de uma TV.

3) O eixo elétrico encontra-se com extremo desvio no quadrante superior direito. Quando em V1 o QRS é positivo e existe extremo desvio do eixo entre -90 e -180 graus pesaria em favor de TV mais também pode ocorrer na TSV com condução aberrante.

- 4) Um QRS < do que 140 estão presentes em 100% das TSV com aberrância.
- 5) Não se observam batimentos de captura ou de fusão em todo o traçado. Quando presentes são uma forte evidência da origem ventricular: TV.
- 6) Relação fenômeno atrial/ventricular 1:1 Uma relação AV diferente de 1:1 assinalaria origem ventricular.
- 7) Ausência de cardiopatia estrutural pesa em favor de origem supraventricular. Mesmo existindo TV sem cardiopatia estrutural.
- 8) Duração do QRS = ou < 140ms em V1 com padrão positivo do complexo QRS pesa em favor de TSV.
- 9) O flutter atrial quase sempre apresenta cardiopatia orgânica subjacente. Excepcionalmente se descreve em pacientes sem cardiopatia, associada a pré-excitação tipo Wolff-Parkinson-White. No Flutter, a condução intraventricular determina a duração do complexo QRS. Quando se conduz com aberrância, o QRS é largo.

Quais são as causas de flutter com taxa de resposta 1:1?

CAUSAS DE ONDAS F DO FLUTTER DE ELEVADA TAXA DE FREQUÊNCIA

- 1) Flutter do grupo pediátrico: FC média de 300bpm com resposta 1:1.
- 2) Flutter da pré-excitação ventricular tipo WPW porque o estímulo se conduz em forma anterógrada pela via anômala (**este parece ser seu caso**);
- 3) Flutter tipo II de Wells: frequência de F entre 340 e 433bpm: não pode ser interrompido pelo "pacing".
- 4) Flutter atrial secundário a hipertireoidismo: Neste caso afastado por ter normal T3, T4 e TSH

A condução AV 1:1 (rara) é uma emergência médica. A frequência ventricular próxima de 250 a 300bpm e deve ser tratada de imediato. A condução AV 1:1 pode ser encontrada

Consequência do uso inicial das drogas da classe IA (Quindina, procainamida ou disopirâmida) pelo alentecimento atrial e pela ação anti-colinérgica vagolítica na união AV que este grupo de drogas ocasiona, particularmente, se os fármacos foram empregados sem previamente administrar digoxina, antagonistas do cálcio ou beta bloqueadores com o intuito de controlar a taxa de resposta ventricular.

Abraços

Andrés R. Pérez Riera

Asusta como VT basado en la morfología de las derivaciones precordiales. No hay disociación evidente.

La paciente se presentó con tach de QRS ancho antes de la procainamida y me imagino que a la misma frec. Belhassen-type VT seria un diagnostico interesante...Sin embargo, usualmente no responde a las maniobras vagales. El flutter tampoco debería responder y esta paciente tiene un antecedente de respuesta? a las maniobras vagales. Otras alternativas como AVRT antidromicas no pueden ser descartadas...Es interesante que el QRS no tiene empastamiento inicial...como si condujera por tejido especializado de conducción y la parte terminal del QRS esta mas enlentecido...Esto va mas en favor de aberrancia o VT fascicular???

Muy interesante el caso

Dardo Ferrara

Saludos a Todos:

Luego de la completa y didáctica explicación del Prof. Dr. A. R. Pérez Riera y del análisis práctico del Dr. Dardo Ferrara, quizás lo único que me queda es pensar en un Dx Diferencial, para eso me puse a "buscar", y desde el punto de vista de caracterización electrocardiográfica, lo más cercano a este ECG que nos brinda el estimado amigo, Dr. Francisco Rodríguez Martorell, es una Taquicardia Ventricular monomorfa con "origen en la región medioseptal, que nos da morfología de BCRD, Eje eléctrico en el cuadrante superior derecho, predominantemente negativo en las derivaciones inferiores y D1 y predominantemente positivo en aVR" (Curso del Dr. A. R. Pérez R.), pero le faltarían otros detalles con relación a la probabilidad que acabo de mencionar; de todas formas, fué bueno y divertido repasar algunas cosas en la búsqueda, y ya lo que faltaría es que Francisco nos ilustre con el resultado del Estudio electrofisiológico post partum.

De Ustedes atte, Dr. Ricardo Pizarro.

Estimado Profesor Pérez Riera.

Referente a la paciente gestante de 31 años con la taquicardia con QRS ancho que envié, que para todos constituyó un reto, no vacilaré en expresar que nos sentimos más seguros después de leer sus magistrales comentarios y criterios. Esperamos que siempre podamos contar con su ayuda. Agradecido una vez más.

Un abrazo.

Dr. Martorell.

Gracias estimado Dr Martorell, mas te pediria que no me elogies porque despues de viejo e descubierto que lo mejor para nuestro crecimiento son las críticas, la no concordancia, la reclamacion y la ausencia del elogio. Te temple el espíritu.

Les cuento esta experiencia: Cuando me recibí de médico fui laureado con la medalla de oro en la Universidad Nacional de Córdoba Argentina por haver obtenido la mas alta media entre mis pares en toda la carrera. No poderia existir un impostor mayor que este triunfo. Percibi que no sabia nada, era un total ignorante. Era tanta mi verguenza conmigo mismo que decidí emigrar para el Brasil para tentar aprender medicina donde nadie se percatara de este tan tremendo ignorante. Como iria a quedar no sabiendo nada y habiendo recibido esta medalla que en ese momento la senti tan injusta!.

Hago mia las palabras de Séneca: "Toda la armonía de este mundo está formada de discordancias".

No se cuanto vale, mas desde ya te digo que siempre podrás contar conmigo.

Gracias por enviar este lindo caso y hacernos pensar.

Abrazo afectuoso para ti y para todos

Andrés.

Les mando los diez mandamientos basicos de la practica médica de Irving H. Page (ex-diretor da revista Modern Medicine) que yo siempre tento seguir y nunca consigo:

Dez mandamentos fundamentais na prática médica

1) Nada substitui o que se assimila no contato com o paciente: anamnese, exame físico e perspicácia clínica resultante da experiência são fundamentais.

2) A boa prática médica é trabalhosa e exige dedicação. Não é possível tratar-se

apressadamente pessoas doentes obedecendo-se a horários rígidos. Exponha claramente a realidade ao paciente ou à família, durante o tempo que for necessário.

3) Seja otimista: muitas doenças são autolimitadas e aliviadas sem muita interferência do médico.

4) Seja paciente! Um período de observação é, em certas ocasiões, o único caminho para um diagnóstico correto. Não procure impressionar seu doente ou a si mesmo com uma quantidade desnecessária de exames complementares.

5) Não seja por demais erudito. Lembre-se de que as doenças mais comuns ocorrem com maior frequência; pense nelas primeiramente.

6) Não execute em seu paciente nenhum exame que você não faria em si mesmo ou em seus familiares, em idênticas circunstâncias. Não faça excesso de testes que eventualmente possam expô-lo ao risco de complicações iatrogênicas.

7) Use novas drogas com cautela; é preferível manejar poucos medicamentos básicos com perícia e segurança do que utilizar os últimos lançamentos do mercado, que ainda não possuem sólida base experimental.

8) Conheça a si mesmo: sua força e suas fraquezas, extraia frutos da insatisfação com seu trabalho, cultive a curiosidade acerca das doenças, mas trate tão bem o enfermo como a enfermidade, quando tiver dúvidas procure o auxílio dos mais experientes, cultive o senso de humor e o verdadeiro sentido de humildade. Não permita que a admiração de seus pacientes influencie seu raciocínio e conduta.

9) Cultive discrição quanto a nomes e doenças perante familiares e amigos dos pacientes.

10) Retire sempre uma lição a partir dos erros; errar ocasionalmente é humano, mais cada erro deverá transformar-se em aprendizado e obviamente jamais ser repetido.

Irving H. Page (ex-diretor da revista Modern Medicine) modificado por Bernard Wortis (NY University Medical School)

Voto por un aleteo auricular con conducción 1/1 y aberrancia de rama derecha. Si uno sigue imaginariamente la continuación de la rampa descendente de T, especialmente en D1 D3 aVF, puede completar la onda de flutter con la parte inicial del STT próximo.

Un abrazo a todos

Carlos Lavergne Neuquen. Patagonia Argentina