

Paciente de 18 años con disnea de esfuerzo

Dr. Daniel Banina Aguerre

Estimados compañeros:

Recientemente ví a un paciente que me parece interesante compartir con ustedes.

Se trata de un paciente de sexo masculino, 18 años, sin antecedentes familiares ni personales patológicos a destacar.

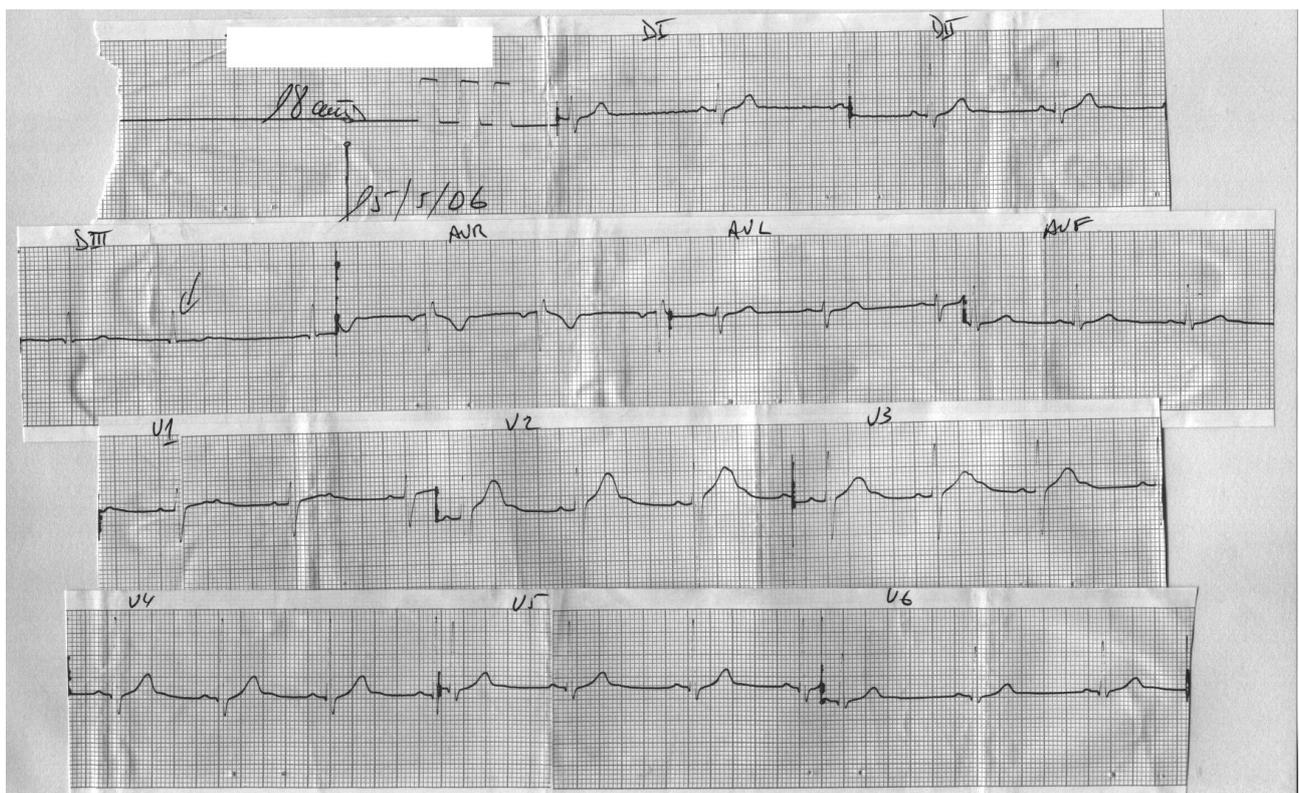
Consulta por "cansancio" excesivo al practicar deporte. Refiere disnea de esfuerzo desproporcionada en comparación con sus compañeros. Refiere espontáneamente que dicha disnea la ha notado especialmente al nadar. Afirma que al jugar al fútbol o al andar en bicicleta no percibe tanta disnea como al nadar.

Negó ocurrencia de otros síntomas cardiovasculares.

El exámen físico fue normal.

Les mando ECG basal. Que les parece?

Daniel Banina Aguerre



OPINIONES DE COLEGAS

El ECG muestra un BAV 2:1, observando las P mejor en V1
¿Qué evidenció el Holter y la ergometría?

Dr José Luis Serra

Córdoba

En derivación V1 se ve que de cada dos ondas P consecutivas, una es conducida y otra queda bloqueada.

En V2 se ve en el 3º latido una P/T, y en V3 en el 2º latido otra P/T, ambas no conducidas, por lo que es un caso particular de BAV 2º (BAV 2:1), no puede apreciarse si hay alargamiento previo del intervalo PR antes de la onda P bloqueada, por lo que no se lo puede clasificar como Wenckebach o como Mobitz II.
Esperemos el EKG de esfuerzo y Holter.

Tomas Campillo.

Saludos.

Gracias por vuestro interés en el caso.

Si bien en V1 parece haber 2 ondas P, los intervalos PP no son iguales, por lo cual no podría ser una onda P sinusal bloqueada. A lo sumo podría ser una onda P extrasistólica bloqueada, pero en el resto del trazado no se observa ninguna onda P bloqueada a pesar de estar claramente bradicárdico.

Sinceramente no me parecieron ondas P bloqueadas, y me pareció que podría corresponder a una onda T2 o a una onda U superpuesta a la rama descendente de la onda T.

En suma: me pareció una repolarización con QT largo (el QTc (intervalo QTUc) me dió 540 ms en V2) pero no me cierra con el cuadro clínico, ya que los pacientes con SQTl no tienen disnea ni palpitaciones de esfuerzo, sino que directamente presentan síncope porque la *torsade* es muy rápida. Pero la morfología del QT no coincidía con ninguno de los patrones electrocardiográficos de Síndrome de QT largo que yo conozca.

Estamos esperando resultado de ergometría, Holter y ecocordio. Cuando tenga novedades les informo.

Cordiales saludos

Daniel Banina Aguerre

Totalmente de acuerdo con el diagnóstico ECGráfico de JL Serra, creo que la ergometría será de gran valor ya que demostrará su "clínica" ante una situación de apremio como cuando realiza su actividad deportiva.

Probablemente el Holter demuestre lo del ECG de superficie, posiblemente por hipertonía vagal como tienen los deportistas.

Interesante caso. Un abrazo.

Dr. Oscar A. Pellizzón. Rosario. Argentina.

Dr. Banina

Primeramente agradecerle por compartir con nosotros este caso. Yo también estoy de acuerdo en que no podría tratarse de un BAV, me parece un EKG normal. La sintomatología del paciente no corresponde con el EKG. Esperamos con ansias el resto de los estudios.

Pedro Torres Eguiluz

Arequipa Perú

Modestamente en el ECG inicialmente pensé en ver ondas U. Me interesaría saber más del paciente en si y luego claro el eco y el Holter.

Este paciente ¿es un deportista o es un sedentario que es obligado a hacer deporte por x motivo?

¿Este cuadro desde cuando viene? ¿Cuánto pesa y mide?, ¿su capacidad funcional era normal antes o su deporte de riesgo era el zapping? Son cosas que uno evaluaría también.

¿Evaluó respuesta a maniobras isométricas en cuanto a su frecuencia?

Atte.

Dr. Simón Pero

Estimados colegas:

Cuando vi el ECG por primera vez me pareció claramente un ECG normal, que las ondas que se veían eran ondas U y está claro que lo ví rápidamente ya que después del comentario del Dr Serra lo vi nuevamente y me pareció claro que era una P bloqueada no tanto por V1 sino por las deformaciones de la T de V2 y V3 en presencia clara de onda U. Ahora si es un bloqueo A-V 2:1 ¿por qué se ve solamente en las precordiales y no en las derivaciones frontales de cara inferior? habiendo una P muy evidente, no se registra ninguna P no conducida. Por otro lado tendría que tener un tono vagal aumentado para tener el bloqueo 2:1 y tiene una frecuencia de 56 es decir una frecuencia sinusal de mas de 120? igualmente un bloqueo A-V 2:1 del deportista no tendría que tener esa sintomatología ya que con el esfuerzo rápidamente se recupera la conducción A-V. Estoy de acuerdo con un Holter, la ergometría o pruebas funcionales y los antecedentes deportivos del paciente.

Atte

Ignacio Retamal. Córdoba

Estimados colegas:

¡Parecía mas fácil el ECG!

Los comentarios últimos me obligaron a imprimir el ECG para usar el famoso calíper!

Sigo queriendo ver una una P en las derivaciones V1,2 y 3 sobre la onda T.

Pero realmente en DI y DII o hay una marcada arritmia ventriculofásica y la segunda P se adelanta mucho y está escondida bien en el pico de la T o hay otro ritmo supraventricular, que en estas derivaciones sería un normal ritmo sinusal. Si V1,2 y 3 tienen un BAV 2/1 la frecuencia auricular es elevada y habría que pensar no en taquicardia sinusal (suponemos que el pte está acostado y tranquilo) sino en alguna taquicardia "no-sinusal" provocando un BAV 2/1 "vagotónico" o el joven tiene algún trastorno de la conducción A-V que se pone en evidencia con la taquicardia supraventricular. En DIII me parece que podría estar justo el cambio de ritmo supraventricular?

En estos casos muy interesantes mas que esperar el Holter, que muchas veces nos viene un informe muy incompleto, confío mucho más en las observaciones con el ECG que uno puede hacer al "bed-side", con distintas maniobras neurovegetativas, realizando controles continuos y algo prolongados con el ECG. Y la ergo también puede dar muy valiosa información.

Insistiría en querer conocer información sobre lo sugerido en el último párrafo
Muy interesante!
Disculpen el primer análisis apresurado!

Existe la "Arritmia sinusal ventriculofásica" que provoca una alteración en los ciclos P-P en un BAV 2 a 1 o en la presencia de Bigeminia Ventricular.
La verdad es que no medí el QT, pero sigo pensando que es un BAV 2/1

Dr. JL Serra

Mi modesta opinión es que el ECG muestra una bradicardia sinsual; de V2 a V4 vemos una típica onda U que cae en la rampa descendente de la T simulando un Q-T largo que en realidad es normal para la frecuencia del paciente. El hallazgo de ondas U en poblaciones jóvenes es muy frecuente, particularmente en deportistas

Cordiales saludos

Dr Carlos Lavergne Neuquén Patagonia Argentina