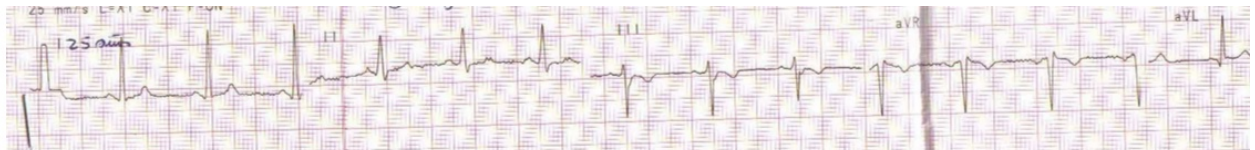


Varón de 25 años. ECG realizado para control en salud

Dr. Claudio Santibañez Catalan

Deseo recibir opiniones acerca de este trazado que a mi parecer no es normal, que corresponde a un varón de 25 años tomado por control salud

Claudio Santibañez Catalan



OPINIONES DE COLEGAS

Apreciado Claudio, pienso que en el ECG no hay nada patológico. Ritmo sinusal con BIRDHH. Puede ser que otros compañeros encuentren algo mas.

Oswald Londono

believe I can see a delta wave, in L II, V5 and V6.
I believe this patient has pre-excitation.

Arnaldo Carvalho, MD

Claudio

Con respecto a tu imagen de ECG y a la historia que nos comentas, no encuentro cambios significantes o preocupantes en esta imagen ya que tiene un ritmo sinusal, con FVM normal, eje eléctrico normal y lo único que aprecio es una imagen rSr' en V1 y RSR' en V2 que corresponde a un bloqueo incompleto de la rama derecha del Haz de His. No encuentro otra cosa, espero te sirva mi opinión.

Jesús Antonio Campuzano Chacon

Deseo detallar en el intervalo QT, a mi parecer está acortado: 310 ms, ¿eso significa algo?

Claudio Santibañez Catalan

No sabes como te agradezco la observación, para serte sincero no consideré el QT porque me pareció normal. Yo lo calculé con diferentes fórmulas y en promedio se encuentra entre 0.34 y 0.35 seg que dependiendo de la fórmula se puede considerar efectivamente corto con la formula de Bazett cuyos límites como ya sabes son de 0.40 a 0.44 que es el que manejamos y personalmente tenía en consideración, con respecto de que si significa algo, claro que si se describe que el sx Qt corto se asocia muerte súbita, así como taquiarritmias y FA, con respecto de que hacer con tu paciente, sería conveniente búsqueda de antecedentes familiares de muerte súbita. Esperemos opiniones de los colegas del foro, te agradezco la intervención.

Dr. Jesús Antonio Campuzano Chacon

Tienes razón: pareciera un síndrome QT corto afección descrita allá por el 2000 que se presenta con intervalo QT estrecho en relación a la frecuencia cardíaca y episodios sincopales, FA paroxísticas y otras arritmias. Generalmente se da en corazones jóvenes y sin cardiopatía estructural y con base genética establecida.

Habría que estudiarlo.

El Dr. Ramón Brugada está compenetrado en este síndrome,

¡Coméntaselo!

Saludos.

Dr. Tomás Campillo

Prezados colegas do foro:

Aqui Andrés Ricardo Pérez Riera de São Paulo Brasil. Gostaria externar minha opinião respeito ao traçado do homem jovem de 25 anos. O mesmo mostra uma repolarização em sela de montar em V2 e um QT de 360ms aproximadamente. (2 quadrados grandes - 400ms - (0,40s) - menos 1 quadradinho ou quadrado pequeno: 40ms (0,04s).

A FC é de 75 bpm. Para o sexo masculino com um RR de 800ms (0.80s) (quatro quadrados grandes entre os RR) o valor médio normal do QT para o sexo masculino deve ser de 345ms (0,345s) (mean value) com limite inferior (lower limit) de 301ms (0,301s) e superior (Upper limit) de 389ms (0,389s)¹.

1) Sagie A, Dajie A, Larson MG, Goldberg RJ et al: An improved method for adjusting the QT interval for heart rate (the Framingham Heart Study) Am J Cardiol. 1992;70:797-801.

Para crianças e adolescentes de 0 a 17 anos o QT se considera curto quando é menor que 350ms. Em crianças QT menores de 300ms deveria se excluir a síndrome do QT curto. A variabilidade absoluta do QT durante o ritmo sinusal no repouso não excede 40ms. [Makaov ML et al. Assessment of Parameters of QT Interval in Children and Adolescents. Kardiologija. 2006;45:37-41](#)

O intervalo QT pode ser curto por causas congênitas e adquiridas. O primeiro o "Familial Short-QT Syndrom" e deve sempre ser descartado como possível etiologia de FA na presença de lone AF apresenta três variantes genéticas. Estas são entidades clínico-familiares com herança autossômica dominante, história familiar positiva para MSC e o QT extremamente curto (QT interval < ou = 280 ms e QTc < ou = 300 ms), e frequentemente associadas a ondas T apiculadas, de bases estreitas e pseudo-simétricas que lembram a onda T da hipercalemia (> de K+). Estas formas foram classificadas como:

1) SQT1: Afeta o canal IKr com aumento ou ganho de sua função. Esta variante é a imagem especular do LQTS2, pelo que são consideradas entidades alélicas. Em quanto a mutação do LQT2 causa redução do outward K+ rectifier current, o short QT syndrome ocasiona um ganho na função levando a uma abreviação heterogênea no miocárdio tanto atrial (FA) quanto ventricular (FV). Esta variante foi identificada em 2004 por Ramon Brugada e col ([Brugada R, Hong K, Dumaine R, et al. Sudden Death Associated With Short-QT Syndrome Linked to Mutations in HERG. Circulation. 2004; 109: 30-35.](#))

2) SQT2: Afeta o gene KCNQ1. Há uma substituição g919c no KCNQ1 que codifica o canal de K+ KvLQT1. Esta é imagem em espelho do LQT1. Esta foi identificada no mesmo ano por Bellocq ([Bellocq C, van Ginneken AC, Bezzina CR, et al. Mutation in the KCNQ1 gene leading to the short QT-interval syndrome. Circulation 2004; 109:2394-2397](#))

3) SQT3: Finalmente esta é a última forma que afeta o canal de K+ Ming identificada por Priori.

Dentro das causas adquiridas de QT curto temos: hipercalemia, hipertermia, hiperpotassemia, acidose, distonia autonômica, e toxicidade ou efeito digitálico.

Recentemente Antzelevich há publicado um Brugada com QT curto que se assemelha muito com o ECG da hipocalcemia com repol em Sela.

Este caso deveria pelo menos realizar a pesquisa genética. Ignoro os dados clínicos.

Andrés R. Pérez Riera

Probablemente los colegas aludan al síndrome de Leenhardt-Coumel, el cual se caracteriza por episodios de torsades sin cardiopatía estructural en la que el primer latido del evento tiene un acople de aproximadamente 250ms.

Es el único elemento para el diagnóstico y es útil buscarlo aun en las extrasístoles aisladas. Por otra parte el ECG no muestra alteraciones dignas de mención. Son pacientes que presentan obviamente, cuadros sincopales. No creo que tener un QTc de 350ms en un individuo sano sea diagnóstico de alguna patología.

un cordial saludo

Carlos Lavergne
Neuquen. Patagonia Argentina

Pienso que se trata únicamente de un Bloqueo incompleto de rama derecha. Si no se asocia a sintomatología y estructuralmente no hay cardiopatía, no tiene ningún significado. Es mi modesta opinión.

Joaquín Fernández Ortiz
