

Hallazgo en ECG de rutina en mujer de 43 años – 2012

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro: presento el caso para escuchar sus valiosas opiniones y aportes.

Paciente femenina de 43 años que concurre derivada a evaluación por hallazgo de ECG anormal al realizar la licencia de conducir.

Asintomática. AP. hipotiroidea medicada con hormona tiroidea 100 mcg/día desde hace 8 meses. Dormicum por insomnio. No Chagas.

Internada en 8/2011 por episodio de Síndrome Vertiginoso con TEC (traumatismo de cráneo), sin pérdida de conciencia. TAC de cerebro (8/2011) sin lesiones.

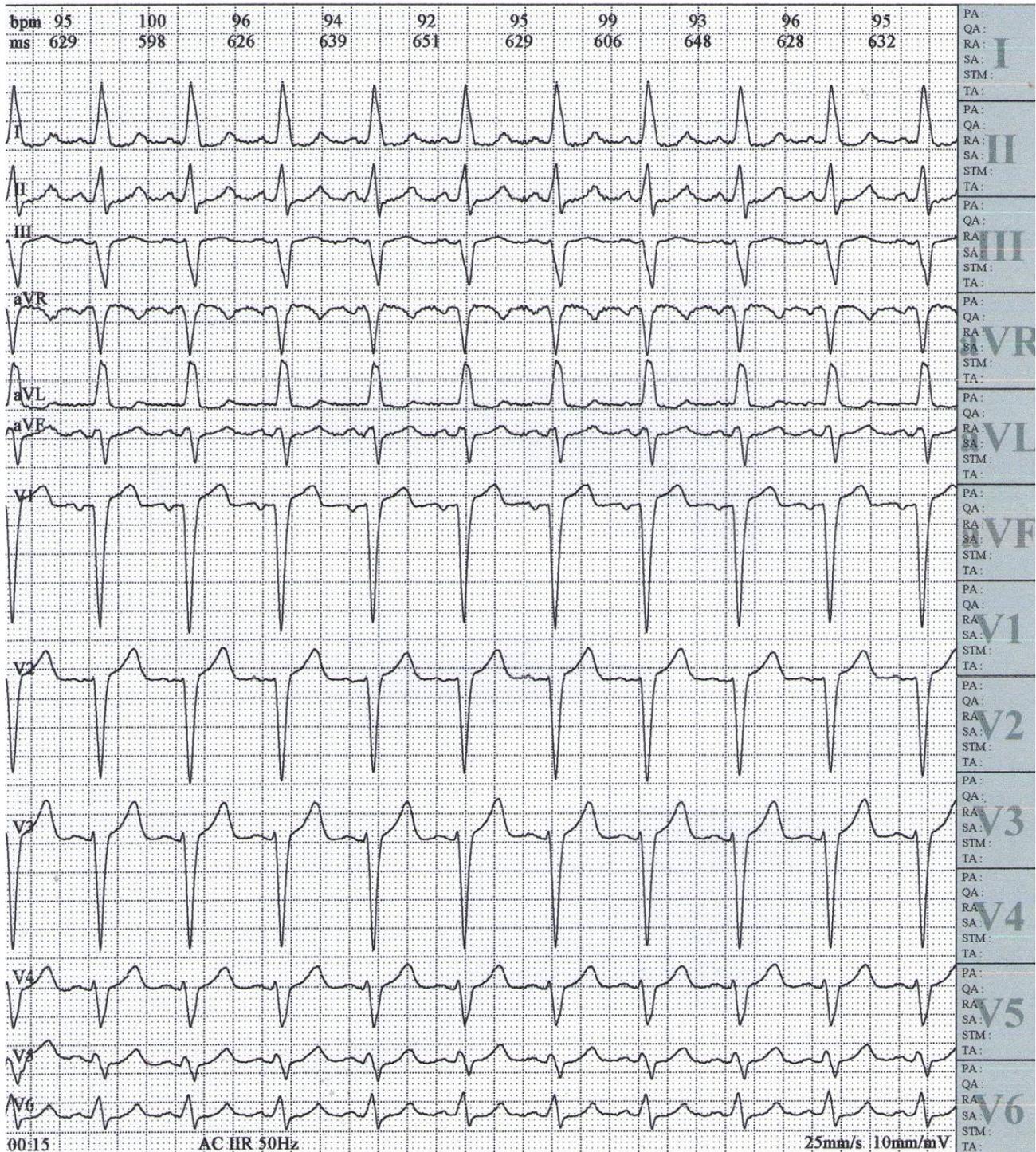
No refiere antecedentes familiares.

EF TA 120/72. R1 R2 normal. No R3 R4. No soplos. Sin signos de insuficiencia cardíaca, Pulsos periféricos presentes simétricos. Orientada en tiempo y espacio. Sin signos de foco neurológico.

Les envío el ECG obtenido en la consulta en 6/2012

Les envío un cordial saludo

Martin Ibarrola



OPINIONES DE COLEGAS

Queridos amigos del forum: Analizaré el electro de nuestro querido amigo Dr.Martin Ibarrola

No hay casi dudas que este ECG corresponde a un bloqueo de rama izquierda en una mujer, probablemente con menopausia, a veces por cirugía ginecológica o por genética

familiar con menopausia precoz, no sé si el hipotiroidismo tiene también este efecto en la mujer

Pero este BCRI, viene con un signo de interrogación:

- 1) ¿por qué esta mujer joven tiene un BCRI de 140 a 160ms, haciendo sospechar de una patología intraventricular, que reduce la conducción en el ventrículo izquierdo?
- 2) ¿por qué se observa una pequeña r en AVR que indica una despolarización tardía del septum derecho o de la cara lateral derecha superior del ventrículo izquierdo?
- 3) ¿por qué aparecen las ondas S en V5, V6, que no aparecen en un BRI TRONCULAR TÍPICO, sugiriendo una despolarización tardía derecha o lateral derecha del ventrículo izquierdo?

Las ondas P en V1 hacen sospechar de una presión diastólica aumentada

En el ecocardiograma yo esperaré buscar

- 1) miocardiopatía del ventrículo izquierdo no específica o Chagas
- 2) calcificación de los anillos valvulares izquierdos
- 3) las dimensiones de la aurícula izquierda

En el Holter, BRI persistente o intermitente, entonces como aprendimos de la escuela de Rosenbaum aparecerán ondas T negativas, indicando memoria cardíaca

Si es intermitente, a los 50 años será permanente.

Quisiera decir, no me acuerdo donde lo leí, pero es cierto, que los bloqueos intermitentes dan dolor precordial, por la disquinesia del septo inferior, pero esto pasa (esto es mío) cuando existe una anterior descendente corta, y dan isquemia por hiperquinesia del septum inferior.

El bloqueo de rama izquierda en mujeres postmenopáusicas es muy frecuente en la electrocardiografía comunitaria, yo poseo en mi archivo unos 500 casos de BI siendo el 80% de mujeres postmenopausales, con larga supervivencia, pasando los 90 años asintomáticas.

La posible causa es muy probable el efecto de la osteoporosis, que al disminuir el estrógeno, que controla esta molécula durante la vida fértil y así evita el depósito de calcio en los tejidos fibróticos normales durante el embarazo donde hay una corriente muy alta de calcio en el torrente sanguíneo.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Querido Martin trata-se de uma mulher de media idade relativamente jovem 43 anos, com um BCRI na qual há que pesquisar a causa do evento que não teve características de síncope. No máximo um "near syncope".

Desde o ponto de vista clínico a principal causa nada tem a ver com o coração: é a síndrome laberíntica a qual deve ser a primeira coisa a ser descartada ou confirmada. Sendo uma hipotireoideia com frequência concomitantemente cursa com dislipidemia mista (> de triglicérides e/ou colesterol). Hipertriglicidemia é uma das principais causas de labirintopatia. "Labirintite" é um termo popular, usado para designar distúrbios relacionados ao nosso equilíbrio o que se pode traduzir por tontura, vertigem (sensação que estamos rodando), zumbidos (sensação de ouvir assobios, motores, apitos, etc) e desequilíbrio (sensação de que estamos caindo) em fim uma "alucinação de movimento" ou verdadeiro desequilíbrio. O labirinto é uma estrutura do ouvido responsável pelo equilíbrio. Quais são as causas das doenças do labirinto?

1 diabetes.

2 pressão alta.

3 alterações nas gorduras sanguíneas Ex. aumento de triglicérides e ou colesterol.

4 certos remédios tóxicos para o ouvido (ototóxicos): antibióticos, antiinflamatórios e outros.

5 alterações bruscas na pressão barométrica: aviões e mergulhos.

5 infecções por vírus ou bactérias.

6 tabagismo.

- 7 exceso de café.
- 8 alcoholismo.
- 9 estresse.
- 10 problemas de columna osteoartrose.
- 11 aterosclerose.
- 12 traumas acústicos, etc.

Perante a suspeita clínica deve-se realizar a confirmação especializada com estudo vestibular e audiométrico (otorrinolaringologista).

Deves pesquisar em forma concomitante a possível causa do BCRE. A principal causa é a hipertensão arterial que esta senhora parece não ter. A segunda causa é a insuficiência coronariana que neste caso parece pouco provável de todas formas tem que pesquisar os antecedentes familiares, e os fatores de risco. A prova de esforço não permite conclusões habitualmente pela presença do BCRE permanente. Apenas se associada a MIBI poderia mostrar isquemia transitória ou definitiva extremamente improvável pelas características "benignas do BRE.

1) SAQRS no desviado: entre -30° y $+60^\circ$: representa entre el 65% y el 70% de los casos de BCRE

2) La presencia del patrón Rs ou RS en las derivaciones precordiales izquierdas puede indicar: registro transicional por associação ou nao com sbrecargga de ventriculo esquerdo, asociación con bloqueio da divisao anterosuperior esquerda (aqui descartada) asociación com, SVD y asociación con área eléctricamente inactiva en la pared libre del VI.

Neste caso em particular aposto que se trata apenas de registro de zona transicional deslocada para esquerda.

O BCRE costuma ter melhor prognostico no sexo feminino. Eu estudei muitas mulheres de media idade e a grande maioria nada de importante tinha e a evolução a longo prazo diferentemente do sexo masculino foi boa.

Deves avaliar pelo ECO o tamanho e desempenho cardíaco. Aposto que esse coração é normal com apenas movimento atípico do septo.

Cardiomiopatia pode ser afastada facilmente com um ECO. Muito difícil isto.

Possibilidades raras seriam a doença de Lev e a de Lenegre. Erroneamente rotulada de Lev/Lengere.

A de Lev não pode ser porque ocorre em idades avançadas. (própria do idoso)

A de Lenegre seria excepcional de todas formas deve realizar um Holter e ver se tudo OK com a condução AV.

Um simples Rx de tórax deve mostrar AC normal.

Em fim não parece coisa preocupante, mas debes considerar o comentado.

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Martin

El ECG me impresiona como un síndrome de preexcitación por una vía anómala tipo Mahaim.

Saludos cordiales

Ricardo Corbalan

Ricardo

Una aseveración como esa merece, por lo menos, una explicación más larga. Porque hasta ahora todos vieron un BCRI.

El Mahaim es una cosa MUY rara de ver y muchos se estarán preguntando ¿qué es?

Te pregunto: ¿has visto Mahaim con ese nivel de preexcitación?

Mirá el ECG de nuevo, y si sigues pensando que es un Mahaim, por favor explica porqué ...

Un abrazo

Adrián Baranchuk

Estimado Adrian

Me parece que hay una gran diferencia entre aseveración e impresión: de cualquier manera yo creo ver en algunas derivaciones un ascenso lento con un PR corto compatibles con preexcitación. Una imagen de BRI eje a la izquierda con transición tardía y precordiales izquierdas y un D1 no tan típicas de BRI.

El PR también me pareció de duración variable.

Las explicaciones de que es un Mahaim se las dejo a Uds que son los maestros y referentes solo dije que a mí me impresionò

Un abrazo

Ricardo Corbalan

Ricardo

Perdón por la digresión, vos dijiste me IMPRESIONA y además NO diste ningún otro diagnóstico diferencial, por lo tanto, creo que se puede asumir que tú crees que es un Mahaim, ¿no es cierto?

Pues bien, yo te pedía que explicaras porqué. Y lo hiciste. Hablas ahora de un PR donde "crees" ver un PR corto.

Bueno Ricardo, sin perdernos en detalles del idioma, si el paciente tiene PR corto y onda delta, entonces la preexcitación sería AV y NO nodo fascicular o fascículo ventricular (el termino Mahaim en EP invasiva casi no se usa). Pero ¿me sigues?

Si el PR se acorta (no importa si es verdad o no) pero si el PR es CORTO y además (no importa si es verdad o no) tiene preexcitación ventricular, entonces DESCARTAS MAHAIM y piensas en conexión AV.

Un fuerte abrazo real, sin impresiones o aseveraciones

Adrián Baranchuk

La paciente cuando fue internada con diagnóstico de Síndrome Vertiginoso hace un año atrás, le realizaron ECG, ECO y doppler carotídeo y refiere el resultado de los mismos al momento de la primera consulta como normales.

1. Maestro Andrés, si presentó en el laboratorio que le solicité hipertrigliceridemia, que no refería en estudios previos. Lo que sí refería eran sus estudios cardiológicos normales segun le refirieron, un año atrás

2. Maestro Samuel, no es menopáusica y no toma anticonceptivos orales. No tiene antecedentes familiares de colocación de marcapasos ni arritmias.

3. Dr. Corbalan ¿por qué un síndrome de preexcitación por una vía anómala tipo Mahaim?. Adjunto otro ECG dos meses después del previo, obtenido luego de episodio que refiero debajo.

El estudio ecocardiográfico realizado luego del primer ECG: VI de diámetros normales.

Área auricular izquierda normal. Septum paradojal tipo A. FEY estimada por método de Simpson limítrofe. No presentaba alteraciones de la relajación ventricular.

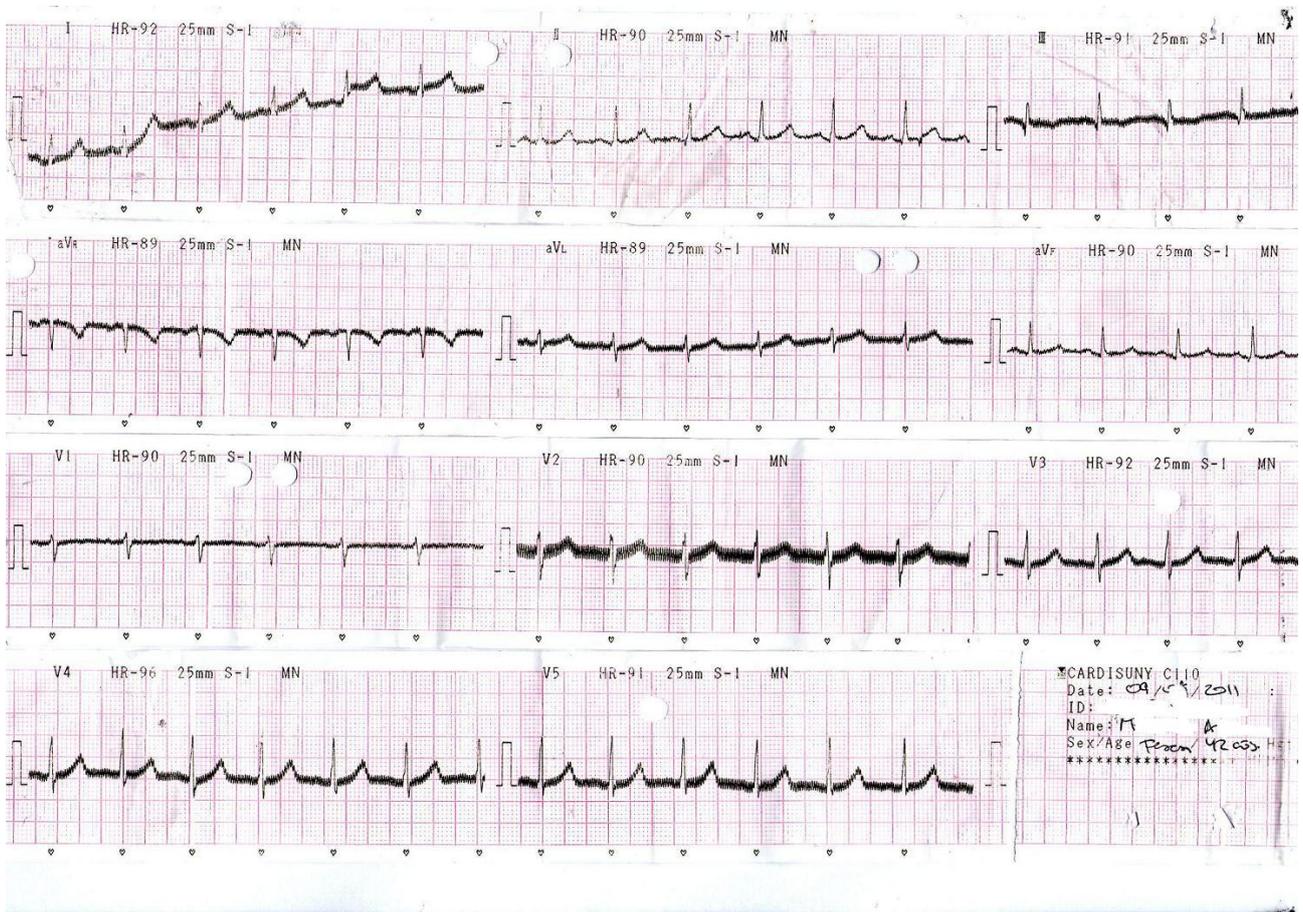
En la ergometría conducción con imagen de BCRI durante todo el registro. PEG suficiente.

Presentó en la evolución angor de 30 minutos de duración, sin descompensación hemodinámica ni síntomas neurovegetativos. No se realizaron enzimas cardiacas ni ECG al ser evaluada en guardia.

Les adjunto ECG obtenido luego de dicho episodio, y el ECG de internación en 6/11 y luego les explico los estudios complementarios realizados, ¿qué opinan ahora? ¿por qu+e una Haz accesorio tipo Manhaim?

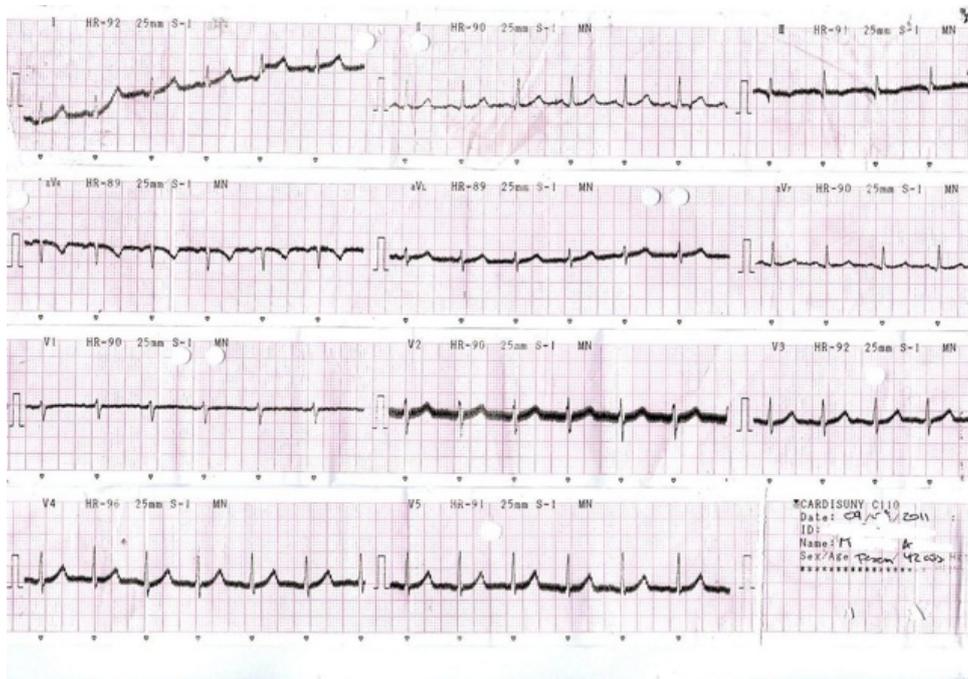
Saludos

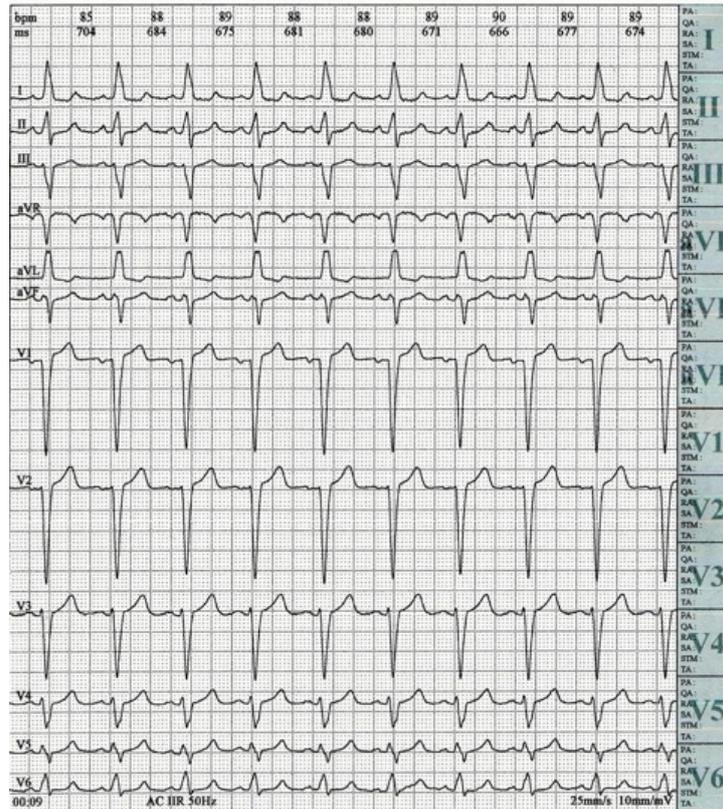
Martin Ibarrola



Perdón a todos en el envío anterior no adjunté el ECG referido luego de episodio anginoso y el ECG de la internación en 08/2011.
Saludos

Martin Ibarrola





Querido amigo Dr Martin Ibarrola un bloqueo de rama izquierda intermitente, da dolor anginoso, como he explicado en mi análisis anterior, debido a la una circulación normal pobre en el septo inferior. Estoy seguro que la angina volverá, y el electro en el momento del dolor anginoso mostrará siempre BI

Para mantenerla en electro normal, hay que bajar el pulso sinusal, hasta que en los próximos años aparecerá el bloqueo completo
 No dar antiagregantes, porque al aumentar el pulso aparece BI y dolor anginoso, lo que denominé en la literatura "*antiagregantes provocando angina*" parafraseando antiarrítmicos induciendo arritmias.

El segundo electro es normal con el patrón SI/QIII. El bloqueo izquierdo en jóvenes, es casi siempre, por estenosis aórtica severa, o hipertensión maligna pero el idiopático es raro, talvez 1 en 100 de bloqueos izquierdo con estructura cardíaca normal.

Por lo menos en mi material

No nos venga con la sorpresa que la cateterizó y encontró enfermedad coronaria, pero estos electros no tienen nada que ver con isquemia aguda o crónica.

Todavía querido Martin no explicó cuál es su opinión con respecto a las Ss anchas en V5, V6 y tiny (chiquita) r en AVR.

Me parece, Martin, que UD se viene con un cuchillo bajo el poncho, para presentar este electro al forum.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Lo único que me asombra es que no apreció las ondas T invertidas en las derivaciones precordiales (cardiac memory) o ¿talvez estas T normales son pseudonormales?

Hola Martín.

No he visto Preexcitaciones de otro tipo en el consultorio de electrocardiografía que no sean WPW. Pero tratando de razonar el ECG, la derivación V1 y V2 presenta primer vector septal medio izquierdo. Por lo tanto no me parece que sea una preexcitación. No es raro en consultorio observar ondas deltas en cara inferior y en la derivación V3-V4 sin intervalo PR corto. Desde mi pobre experiencia y como nos ha enseñado el maestro Pérez Riera, al ver un Bloqueo de Rama izquierda (en este caso me parece incompleto), descartaría primero HTA e isquemia coronaria. Me parece observar onda P doble lomo y componente negativo en V1 mayor al componente positivo. Lo que me orientaría, si es que hay, hacia alguna patología de Sobrecarga Ventricular Izquierda. Refuerza el diagnóstico de SVI, el eje por encima de DI, ondas S profundas en V1-V2 (sin criterio de Sokolow).
Un abrazo.

Lucas Bonantini (estudiante)

Estimado Lucas,
Espero te recibas pronto, la cardiología sumará desde otro lugar a alguien brillante y espero que ese logro no sea tu último se puede, sino sigas buscando nuevos desafíos y crecimiento personal como lo has hecho hasta el momento.

Perdón Maestro Samuel no traigo nada bajo el poncho, presenté el ECG dadas mis dudas con el mismo. Ya que se realizó RNM con realce tardío que no refería alteraciones ni signos de infiltración ni fibrosis, solo aumento del volumen de fin de diástole VI, no de la AI, y un deterioro leve de la FEY VI.

Y en el estudio de perfusión con ejercicio que realizó no presentó signos de isquemia. Asintomática. E informaron una FEY del 42% por lo que el diagnóstico al alta hospitalaria era el de una miocardiopatía idiopática.

Mi presentación obedece a este motivo y por eso lo expuse a análisis. No comprendí aún porqué la mención de una vía accesoria como diagnóstico diferencial, tal vez Adrián pueda aclararme este concepto.

Si presenta un deterioro de la FEY leve por dos métodos, tal vez sea por disoncronía VI por el BRI.

¿Cuál sería la conducta que adoptarían de acuerdo a la interpretación que les referí?
Un abrazo

Martin Ibarrola

Hola Lucas

¡Qué hermoso email, lleno de conceptos e ideas!

Solo quiero comentar en tu observación de la ausencia de Pr CORTO EN ALGUNAS DERIVACIONES SI LA PREEXCITACION ES por via inferior.

Eso es lógico de pensar cuando miras a la vía desde una posición oblicua u opuesta a su inserción. Pero ojo con esto: la presencia de preexcitación por ECG NO se define por PR corto y onda delta en TODO el ECG sino en aquellas derivaciones donde mejor se observe.

El resto del email me parecio excelente y lleno de contenido

Un abrazo

Adrián

Hola Lucas, un gusto saludarte, quiero que charlemos algunos conceptos que me parecen importantes refrescar:

1- Vía accesoria patente: paciente con preexcitación sin síntomas (Paciente asintomático con preexcitación ventricular, y aca podemos discutir nuevamente la conducta a tomar,

¿invasiva o no? ¿espectante? ¿hay que hacer estudio electrofisiológico simple? ¿nunca? ¿a veces?, ¿como podemos evaluar en forma no invasiva la conducción AV o anterógrada de la vía accesoria?, etc)

2- Síndrome de WPW o sea vía accesoria patente con síntomas relacionados a taquicardia ortodrómica o antidrómica, o síntomas que uno puede sospechar relacionados con episodios de taquiarritmias, por ejemplo crisis de palpitaciones, presíncope o síncope precedido de taquicardia, y sin dudas FA preexcitada). Este es el verdadero paciente sintomático, y sin dudas la conducta es.....¿invasiva, siempre? ¿a veces? ¿cuándo?

3- Taquicardia ortodrómica y que por la duración del RP podemos inferir que el mecanismo reentrante en su brazo retrógrado esta formado por una Vía Accesoria pero Oculta, esto es no se ve o no se ve siempre (no hay preexcitación) en el ECG de superficie (este es un paciente sintomático por TPS pero sin preexcitación patente, vías que tienen una mala conducción anterógrada como para manifestarse en forma permanente en el ECG de superficie)

Francisco Femenia

Estimados Adrián y Martín lo que en realidad debería haber dicho es que me impresionó como pseudo Mahaim (fibras con conducción decremental atriofasciculares o atrioventriculares)

Gracias por la corrección .

Adjunto un fragmento traducido casi textualmente de una revisión publicada en 2003 sobre las características ECG de estas vías que justificaría en parte mi impresión inicial .

Eduardo Volver Sternick

Indian Pacing and Electrophysiology Journal, 2003; 3(2): 47-59

Mahaim Fibre Tachycardia: Recognition and Management

Electrocardiograma basal de pacientes con vías auriculofasciculares o atrioventricular

(pseudo-Mahaim)

se caracterizan por preexcitación mínima o ninguna. A veces, la única pista es la ausencia de onda Q septal en las derivaciones V5 o V6 . Algunos pacientes muestran un típico bloqueo de rama izquierda con intervalo PR normal. Un ECG preexcitado es más probable que se produzca en una vía auriculoventricular decremental . Transición precordial ($R / S > 1$) por lo general se produce en V4 o V5 (a veces V6). Una Preexcitación latente se ha informado, en pacientes con taquicardia espontánea antidrómica BRI-como, sin preexcitación en reposo y durante la estimulación auricular . Un alto grado de variabilidad día a día en la medida de preexcitación como es la preocupación, " el efecto "acordeón se observa en muchos pacientes. La conducción anterógrada a través de las fibras auriculofasciculares produce un patrón típico de BRI con eje variable, eje superior plano frontal es el más común, conviene uno (que van desde -25° a -60°), pero es de ninguna ayuda para diferenciarla de las vías auriculoventriculares. El Complejo QRS es generalmente más grande con conducción anterógrada sobre una vía auriculoventricular, con un slurred inicio del QRS debido a la inserción muscular distal, que se puede apreciar mejor en la onda R de V2 a V4 (> 40 mseg en vías atrioventriculares)

Un abrazo. Ricardo Corbalan

Hola Ricardo

Así da gusto debatir casos, gracias por buscar bibliografía: pero aparece una contradicción...si tú creías ver que el PR se acertaba, chau Mahaim y seudo Mahaim.

Ricardo amigo, esto es un simple BCRI.

Un abrazo

Adrián

¡Eso si es una aseveración!

Un gran abrazo

Ricardo
