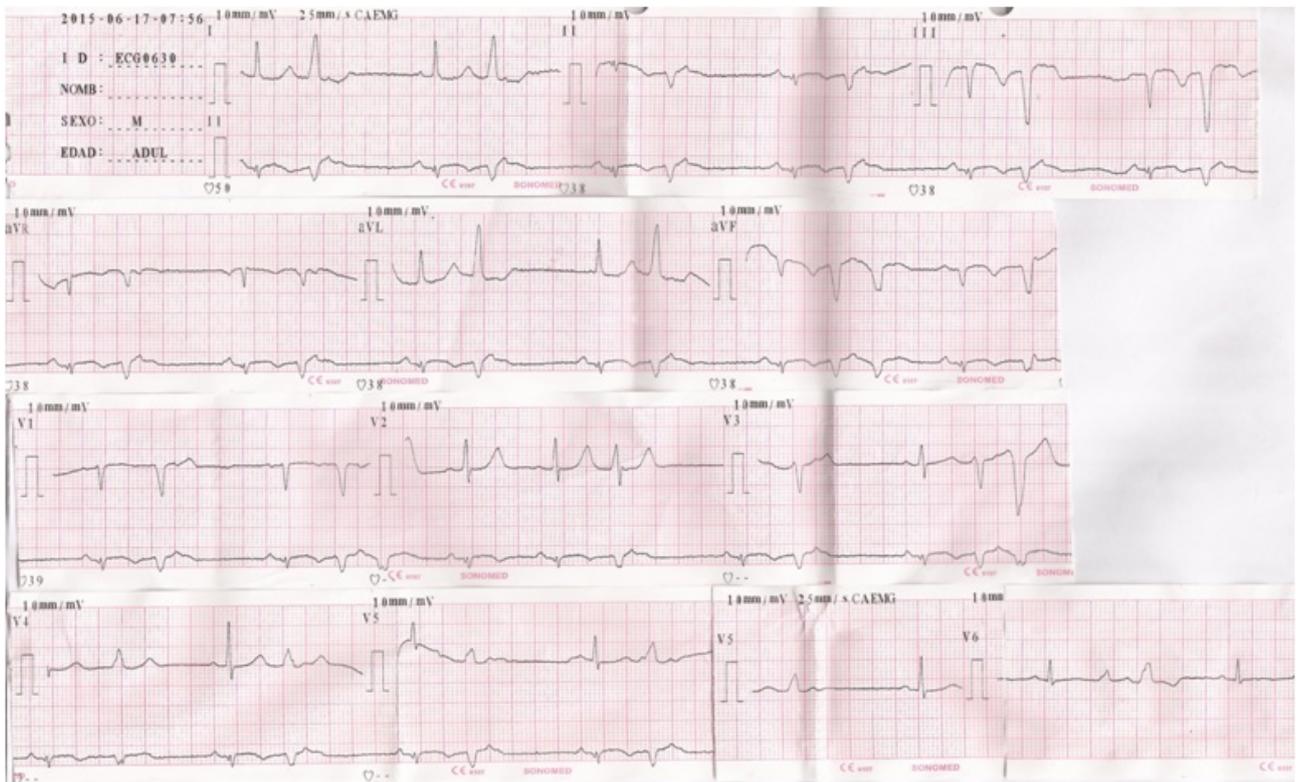


# Mujer de 60 años con SCAST - 2015

Dr. Pablo Tauber

Estimados amigos del foro : envié un ECG que deseo compartir, acerca del cual me gustaría conocer opiniones y mecanismo involucrado. Se trata de una mujer de 60 años que sufrió un SCAST y fue sometida a ATC de CD, con un episodio de TV post-ATC y quedo con este ECG

Pablo Tauber



## OPINIONES DE COLEGAS

Encuentro ritmo sinusal, con P-R normal en el latido base, con intervalo P-P constante a 75 lx min, la segunda P no conduce posiblemente por estar en período refractario de la extrasístole ventricular, estas se encuentran en ritmo bigémino, con intervalo de acoplamiento variable 80-120 msec (no veo bien los cuadritos) las Extrasístoles nacen en la cúspide coronaria derecha, observo también extrasístoles ventriculares recíprocantes, además del infarto inferior,

Luis Gómez Sáenz

Creo que sería importante ver el ECG de la TV y comprobar si se correlaciona con la extrasístole ventricular monomórfica que indujo parejas en dos ocasiones. Lo más probable es su origen en la zona de la cicatriz (infero-septal izquierda) y normalmente debería ir la paciente con betabloqueador, desfibrilador y si repite la TV, intento de ablación.

En caso de ablación la técnica de "decanalización" con la ayuda de una RNM de corazón para ver los canales y programar la decanalización. Otra técnica con buenos resultados en el cierre de posibles circuitos con énfasis en la TV clínica.

Luis Fernando Pava Molano, MD-PhD  
Unidad de electrofisiología cardiaca  
Fundación Valle del Lili, Cali-Colombia

Hola foristas,

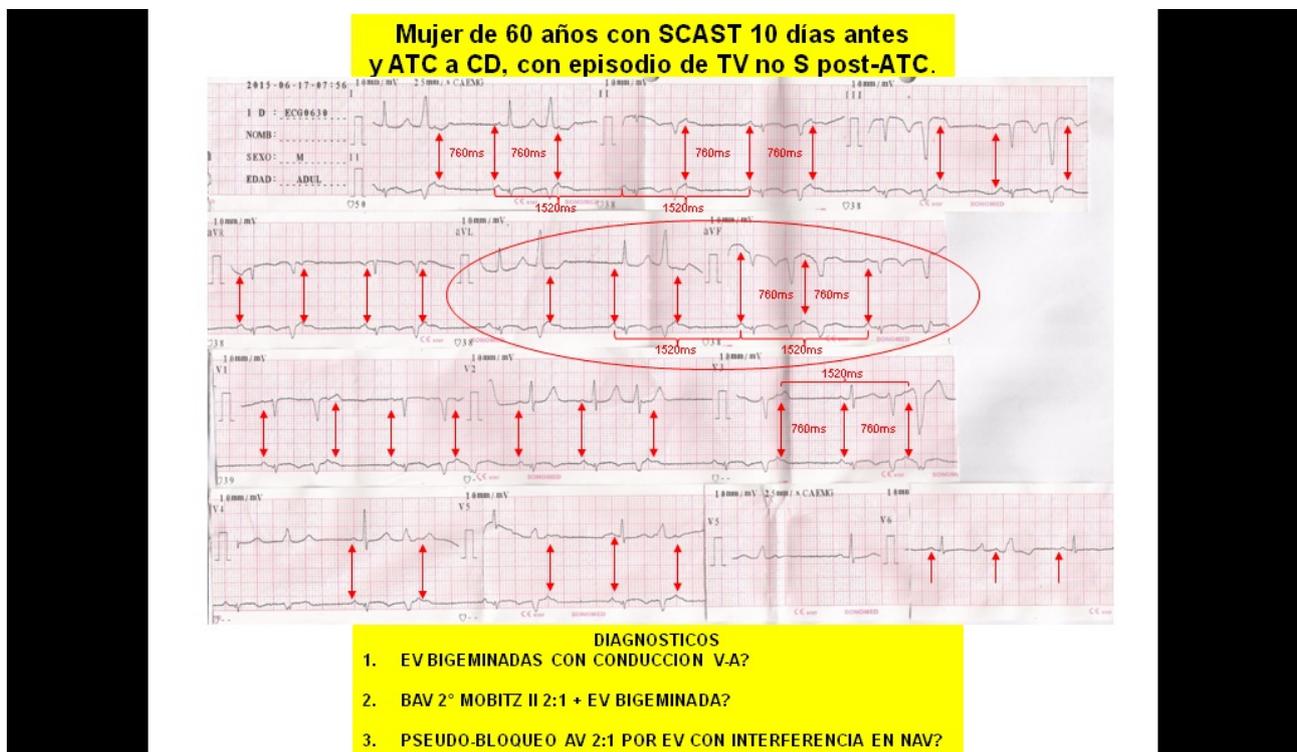
Parece que se trata de un ECG con patrón postreperusión de la CD y extrasístoles ventriculares procedentes de un foco irritativo inferior con conducción AV retrógrada (todos van asociados a una onda P retrógada). En V2 imagen especular de onda Q inferobasal (no habléis de cara posterior porque no existe).

¿Tratamiento?: betabloqueantes  
Saludos

Miquel Fiol

Gracias por sus aportes: No tengo el registro de la TV, ya que fué no sostenida, por monitor y en contexto de un Síndrome Coronario Agudo, quedando luego con buena función VI. La EV no generaba pulso periférico, aunque la paciente se hallaba hemodinámicamente estable.

A continuación envié una imagen del ECG con mediciones y diagrama de Lewis, interpretación que someto a vuestra crítica. En cuanto al origen de la EV la misma tiene imagen de BRI con eje superior y duración del QRS 120 ms, lo que hace suponer que proviene del VD (pared libre?), no del TSVD, por lo cual no correspondería aplicarle índice TZ.



# DIAGNOSTICO

PSEUDO-BLOQUEO AV 2:1 POR EV BIGEMINADAS CON BLOQUEO POR INTERFERENCIA EN NAV

