

Paciente masculino de 19 años con signos de bajo gasto cardíaco - 2013

Tomás Bermúdez Izaguirre

Paciente de 19 años de edad acude al servicio de urgencias, con datos de gasto bajo (mareos, lipotimia, náuseas) con PA de 90/40

Al Ex Fx: No soplos, no hay crépitos basales, no galope ventricular.

No ant de toxicomanías, no hay otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia
Se anexa ECG.

Solicito su colaboración

Dr. Tomas Bermudez Izaguirre
Durango. México



SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO
HOSPITAL GENERAL DE DURANGO



NOMBRE:

CAMA:

1

FECHA:

23-Marzo-2013

HORA:

8:28

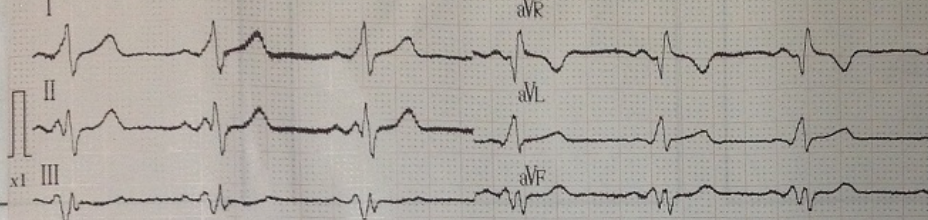
DI

DII

DIII

lar-23-2013 8:27:07

ID: 600000000000000000



10mm/mV 25mm/s FILTRO: CA FM FM

IF

V1

V4

HR: 59

V2

V5

V3

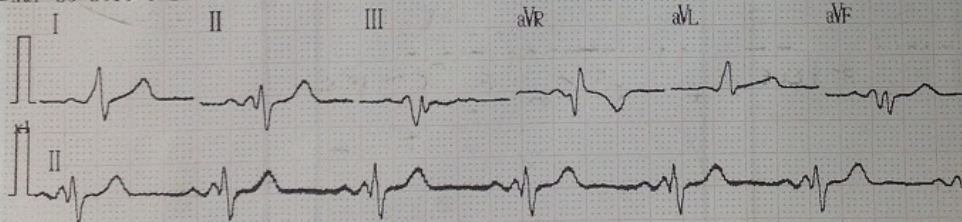
V6

x1/4

Mar-23-2013 8:27:07

Latido: 8

ID: 600000000000000000



10mm/mV 25mm/s FILTRO: CA FM FM

V1

V2

V3

V4

V5

V6

HR: 59bpm

R-R: 1005ms

P-R: 116ms

QRS: 143ms

QT: 429ms

QTc: 427

EJE: -73deg

RV5: 1.42mV

SV1: 0.00mV

R+S: 1.42mV

FX-7102-V01-03-S1

OPINIONES DE COLEGAS

Cuando ingresa el paciente, qué frecuencia cardíaca tenía, ¿estaba en taquicardia? En el ECG se observa preexcitación ventricular por un haz izquierdo (el cual para mi ya tendría indicación de ablación) pero quisiera saber esos datos para descartar algún otro motivo de su cuadro. Según entiendo cuando ingresa el paciente persistía con esa clínica por eso la pregunta.

Luis Medesani

Prezado Dr. Izaguirre
ECG com padrão de WPW, caso a hipotensão e os sintomas confirme-se consequência de arritmia então Síndrome de WPW.

Adail Paixao Almeida

Bahia – Brasil

Estimados colegas
El primer diagnóstico basado en la clínica en contexto del ECG del paciente es: síncope arritmico por la presencia de patrón de W.P.W por vía accesoria posterolateral izquierda
2. La causa: taquicardia paroxística SV ortodrómica o fibrilación auricular de alta frecuencia preexitada
La conducta es plantear sin dilacción ARF de la vía

Saludos

Juan José Sirena

Respondiendo al Dr. Medesani aclaro que la FC era de 90 lpm

Tomás Bermúdez Izaguirre

Slow VT que no tiene nada que ver con los sintomas
El QRS en la esquina inferior izquierda no tiene onda P, confirmando que no se trata the preexcitation sino de "tachycardia ventricular" lenta con frecuencia tan parecida a la frecuencia del sinus que da "fusion beats" con diferentes grados de fusion

Sami Viskin

Para resolver cualquier duda con respecto al diagnóstico electrocardiográfico y dado que Sami plantea slow VT en vez de preexcitación ventricular por vía izquierda anterolateral sugiero a Tomás que realice maniobras para modificar la frecuencia cardíaca (stress aritmético, elevación de miembros inferiores, Valsalva). Honestamente no veo las fusiones variables que menciona Sami. Pero los cambios en la frecuencia ayudarán a despejar toda duda.

Con respecto a los síntomas, pueden tener o no relación con la anomalía ECG pero no queda claro si los presentaba cuando se obtuvo el ECG que muestra Tomás, lo cual es de importancia decisiva.

Pablo A Chiale (PAC)

"PAC" tiene razón, no me di cuenta que en el "strip" inferior cada QRS está grabado en otra derivación. Esto fue lo que yo mal-interpreté como "diferentes grados de fusión". El único con fusión (diferentes grados de tontería) soy yo.

Sami Viskin

Por un lado el paciente ingresa por mareos, lipotimia y sudoración; no refiere en ningún momento "palpitaciones". Esto puede deberse a un síncope vasovagal, a una taquiarritmia o a una bradiarritmia.

Por otra parte tenemos un ECG patológico. En los ECG que me han llegado a mi, yo observo que cada QRS esta precedido de una onda P; me impresionan como conducidos y con síndrome de WPW. La anormalidad que visualizo dentro de este patrón es que los complejos comienzan con una onda delta positiva en cara inferior para luego tener una onda S profunda en dichas derivaciones esto implica una rotación antihoraria al principio para luego ser totalmente horaria. Este hecho no es habitual en una activación simple de un WPW, correspondería a una onda Q muy importante en cara inferior (pseudonecrosis) si no existiría la activación inicial anómala. Por la edad del paciente yo descartaría dos patologías que se asocian con este síndrome y me darían esas fuerzas negativas importantes en cara inferior: miocardiopatía hipertrófica septal y la transposición corregida de los grandes vasos.

Atte. Julia Pons

Estimado Dr. Bermúdez el ECG enviado evidencia preexcitación ventricular (WPW) y bradicardia sinusal. ¿El mismo fue obtenido durante el episodio de palpitaciones o luego de ceder espontáneamente el mismo? De ser esto último eco para descartar anomalías cardíacas asociadas, aunque impresiona no presentarlas en el ECG ni en la descripción del examen físico.

Derivación a electrofisiología y ablación de la vía accesorio.

No observo lo descrito por Sami, en el DII de rimo los PR y morfología del QRS son constantes y similar al trazado ¿por qué la suposición de una TV lenta? No encuentro signo de esta.

Saludos

Martín Ibarrola

Ola Martin "El pensador"

Sami já se explicou, o fato é que em V1 a P não é visível, então ele achou que a sequência era uma TV lenta.

Abraços

Adail

Hola Adail, un placer saludarte y con ansias de recibir un artículo tuyo para la Revista de Arritmias, lo que sería un orgullo.

Lo que me refería era que no compartía la interpretación de Sami frente a la evidencia del DII de ritmo, él solo se refirió a V1 y encuentro en el DII de ritmo la clara evidencia de que no se trata de una TV lenta.

Un abrazo

Martín Ibarrola

¡Yo tampoco comparto la interpretación de Sami!

Sami

Sin embargo, yo **SI** comparto esta última opinión de Sami.

Adrián Baranchuk
