

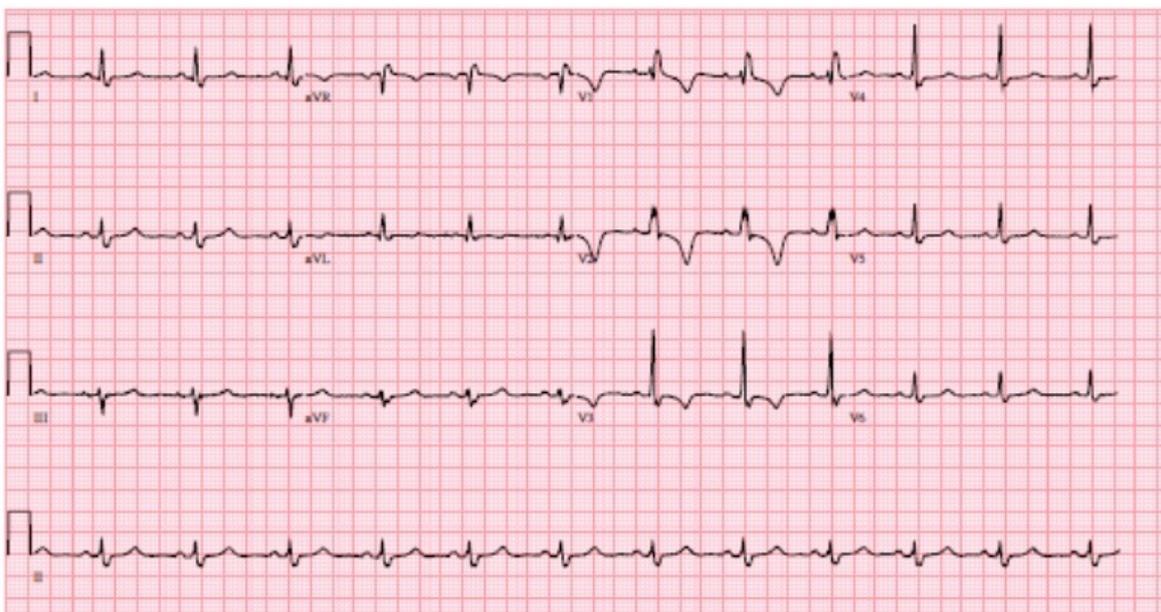
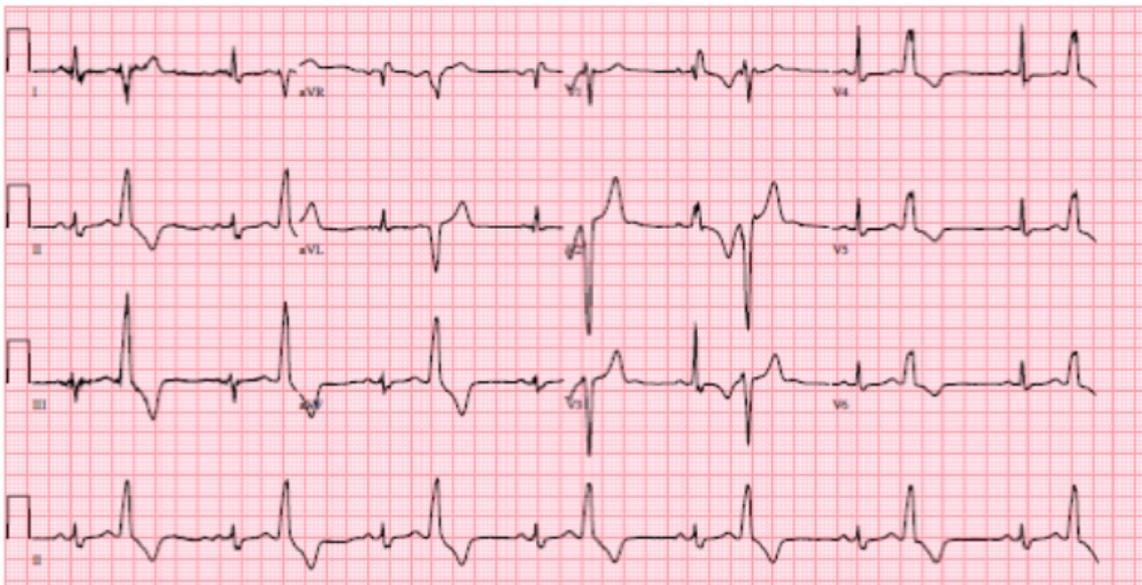
Ablación de extrasístoles ventriculares del TSVD

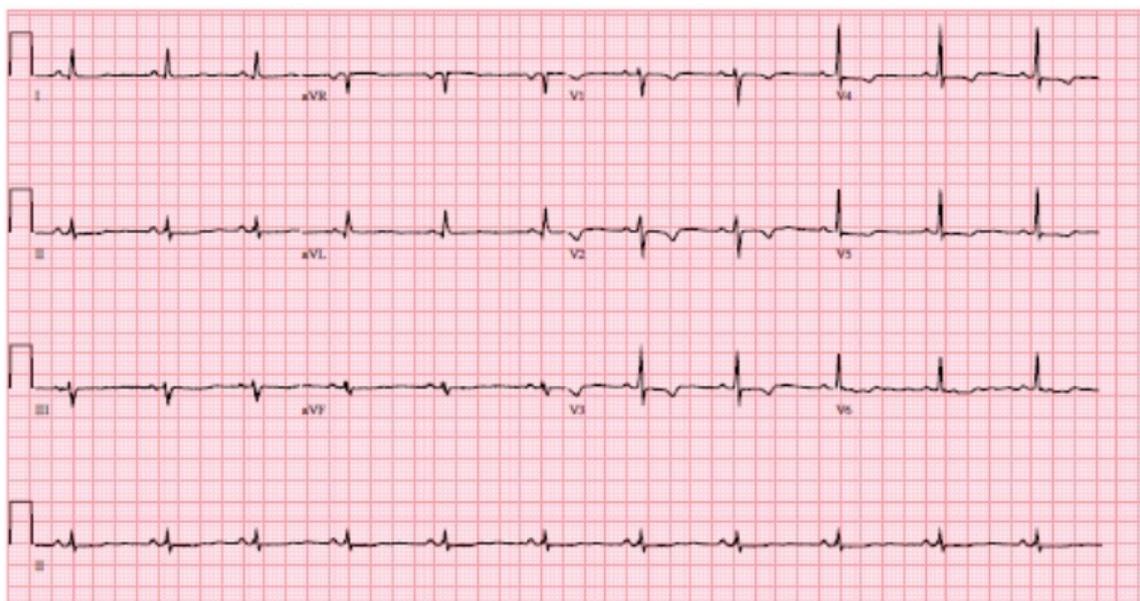
Dr. Usama Boles

Hi Dr Baranchuk,
I attached the ECGs pre and post RVOT ablation, as per our discussion today. ? mechanism, could it be functional RBBB (as PVCs are shortening the coupling interval and hence inducing this phenomena?)

Have a good night

Dr. Usama Boles





Edgard

¿Podés subir este caso por favor?

1er ECG pre ablación de PVC del RVOT

2do ECG inmediatamente luego de la ablación

3er ECG 4 horas luego de la ablación

¿Qué ha sucedido aquí?

Adrián Baranchuk

Hola Adrián:

Primero describiré lo que observo en la serie de electros ya que se producen 3 fenómenos interesantes, a mi parecer.

1. ECG basal bigeminia ventricular con un PR de 160 mseg y BRD, las EV monomorfas de ligadura fija que impresionan originarse en el VD, en la región septal del TSVD esto por su eje eléctrico desviado hacia arriba y a la izquierda DI y AVL negativas.
2. ECG post ablación, el PR permanece en 160 mseg y conduce con BRD.
3. ECG mejoría de la conducción AV con un PR de 120 mseg y desaparición del BCRD y ondas T negativas por el fenómeno de memoria cardíaca.

Lo que me impresiona es que las EV afectaban la conducción de la rama derecha y el Haz de His por penetración retrógrada, afectando la conducción anterógrada por esto la variación del PR y la desaparición del BRD.

Las ondas T negativas para corroborar que son de memoria cardíaca debería realizarse el seguimiento electrocardiográfico y si a lo largo de los días las normaliza confirmaría este fenómeno.

Un abrazo

Martín Ibarrola

Si el BRD fuese un fenómeno electrofisiológico secundario a "la penetración retrógrada del haz de His" por la extrasístole", ¿por qué persiste en el ECG inmediatamente después de la ablación?

Tampoco parece ser un fenómeno frecuencia-dependiente. En realidad la pausa compensatoria después de la EV daría más oportunidad a la rama derecha para recuperarse, y eso no sucede.

Lo más probable es que se trate de variaciones espontáneas en la conducción en las fases tempranas de los trastornos de conducción intraventricular.

Uno puede ver, por meses y hasta años, variaciones espontáneas en las ventanas de frecuencia con conducción normal vs bloqueo de rama.

Eventualmente, el bloqueo de rama se hace persistente. Hay un lindo capítulo sobre este tema en *Frontiers in Cardiac Electrophysiology*, 1981.

Con respecto a la "memoria", hay 2 fenómenos simultáneos. Memoria de la EV (la mitad de los latidos si la bigeminia era constante) vs luego memoria del BRD. En V1 y V2, los vectores son opuestos, y las fuerzan tienden a cancelar, por eso las T negativas son muy profundas en V1 y V2 en el segundo trazado, y mucho menos en el tercero.

En realidad aún en el primer trazado, las T negativas en V1 y V2 son demasiado marcadas para un BRD, no son puramente secundarias. El fenómeno de memoria, está operando en cada latido conducido aún durante la bigeminia.

Cordialmente.

Sergio Pinski.

Gracias Martin y Sergio por sus opiniones.
Saludos.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC
Associate Professor of Medicine (Tenure)
Head, Heart Rhythm Service
Queen's University
Kingston, Canada

Muy lindo el análisis que hacen Sergio y Martín, aunque tampoco me gusta la idea que el BRD es debido a la conducción retrógrada de la EV.

¿Sería un fenómeno de fatiga de la RD?

Antes de seguir el análisis tendría que saber si durante el primer ECG, antes de la ablación, ¿ya habían colocado algún catéter en el Ventrículo Derecho?

Porque los tiempos de la persistencia del BRD sugieren un efecto mecánico de algún catéter.

Si el BRD existía ya desde un tiempo antes del cateterismo seguramente volverá en algunos trazado posteriores especialmente con aumentos de la frecuencia cardíaca.

Con afectuosos saludos,

Gerardo Nau

Hola Gerardo,
El BCRD era preexistente y lo tenía en el ECG inmediato a colocar catéteres

Adrián Baranchuk

Entonces, estimado Adrián, en su evolución seguramente reaparecerá, porque se trata de un Bloqueo de Rama Intermitente cuyo período refractario varía a través del tiempo y de la frecuencia de base.

Gerardo Nau

Gracias, Gerardo.

La diferencia de FC ente el ECG 2 y 3 es de dos latidos por minuto.

Adrián Baranchuk

La respuesta de la rama no solo depende de la frecuencia sino también de la evolución de la lesión en más o menos, del nivel de catecolaminas en sangre, del efecto vagal en ese momento, de drogas administradas...y no se si me olvido de algún factor.

Saludos.

Gerardo Nau
