

Paciente de 28 años con síndrome de preexcitación medicado con amiodarona – 2009

Dr. Benjamín Uribe

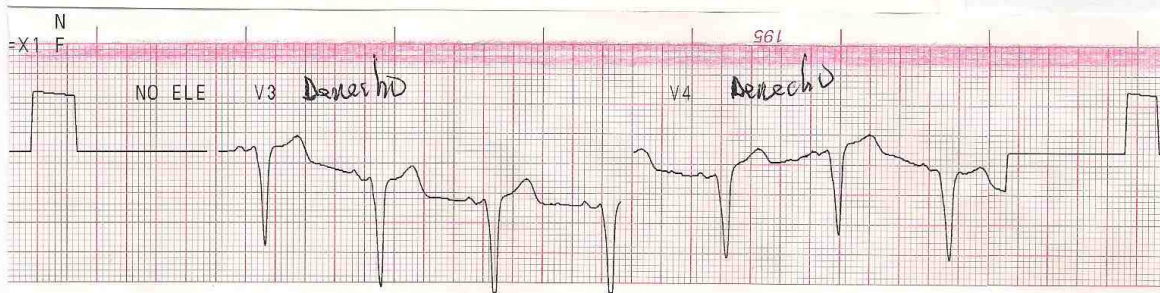
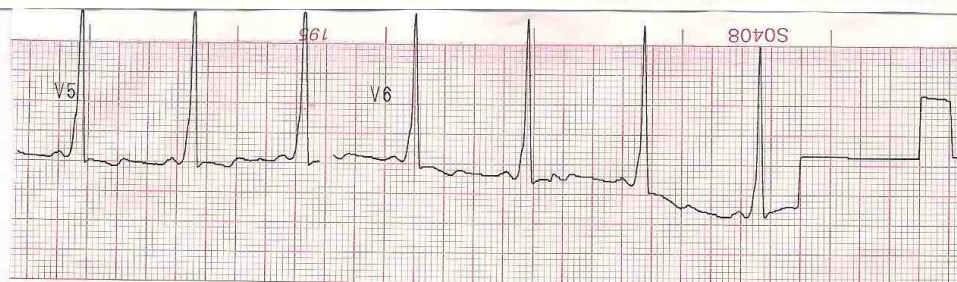
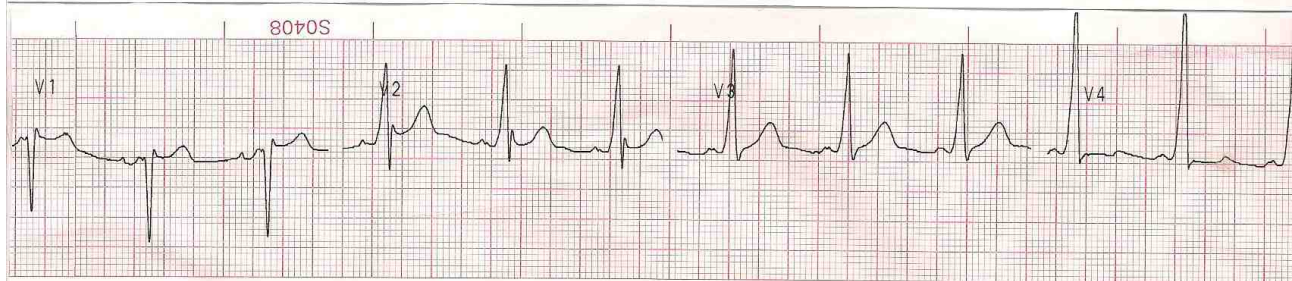
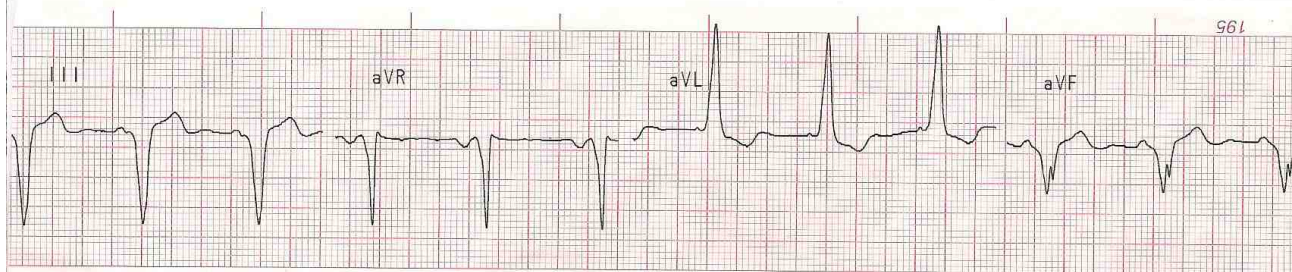
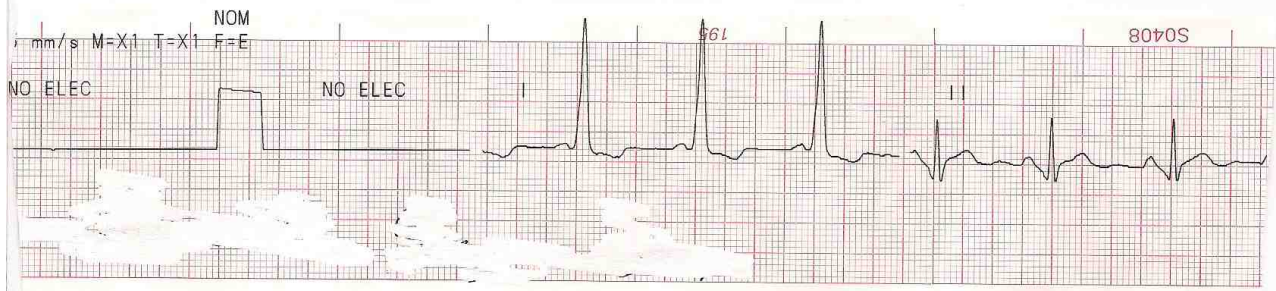
El ECG corresponde a un paciente masculino de 28 años tomando amiodarona con síndrome de Wolf Parkinson White.

El diagnóstico de Preexcitación se hace a partir de la presencia de segmento PR corto y onda delta sobre todo en derivaciones precordiales. La vía accesorio de acuerdo con la clasificación de la Sociedad Internacional de Cardiología es posterior derecha, ya que la onda delta es negativa en V1 y existe QS en DIII- AVF, también siendo predominante el complejo ventricular negativo en DIII y VI.

¿Todos de acuerdo?
Ok. saludos a todos

Benjamín Uribe (Buribe)

Masculino
Edad: 28 años



OPINIONES DE COLEGAS

Querido Amigo Buribe

¡Qué bueno que traiga este caso al foro!

La discusión sobre localización de vías accesorias no se acaba, es más, recién comienza. Estamos preparando un trabajo que vamos a comunicar al foro en breve, donde todos participaremos localizando vías accesorias en el ECG.

¡Ojalá muchos respondan! ¡Ojala Ud se sume también!

Los algoritmos fueron diseñados en base a MÁXIMA PREEXCITACIÓN.

Su ECG, si bien tiene manifiesta preexcitación no presenta máxima preexcitación, sin embargo permite elucubrar dónde puede estar la vía (lo bueno es que Pérez Riera está de viaje, así que habrá menos pelea...).

V1 negativa (Tipo B de Rosenbaum) indica que la vía está en el anillo tricuspídeo (DERECHA).

Derivaciones inferiores negativas (como Ud señala) indican aspecto POSTERIOR.

Resalto de R de V1 a V2 refuerza la idea de posterior.

El hecho que en DII la delta sea negativa pero que el QRS sea positivo, la orienta más hacia póstero lateral (en hora 7-8 en proyección oblicua izquierda, en el anillo tricuspídeo).

Presumo que un paciente tan joven tomando Amiodarona es porque presenta FA.

Este es un candidato a Ablación por Radiofrecuencia como alternativa de primera línea.

Sería ideal no exponer a un paciente joven a largas ingestas de Amiodarona.

Saludos,

Dr. Adrian Baranchuk, MD FACC
Assistant Professor of Medicine
Cardiac Electrophysiology and Pacing
Director, EP Training Program
Kingston General

Estimado Benjamín, para mí es posterior (cara inferior negativa, resalto de V1 a V2) y derecha (V1 negativa), si fuera bien negativa en DII o con imagen en W la buscaría cerca del seno coronario e incluso algunas están dentro del mismo (más epicárdicas), pero tal vez al no tener tanta preexcitación tal vez sea lejos del seno coronario y tengamos que irnos un poco más lateral, pero por ahí está a mi criterio.

Saludos

PD: no le den más amiodarona aún no haya hecho síntomas (me imagino que no por eso el antiarrítmico) hay que ablacionarlo, si se puede, obviamente

Francisco Femenia

Estoy de acuerdo en vía posterior derecha.

Carlos Rodríguez Artuza

De acuerdo: vía posterior derecha

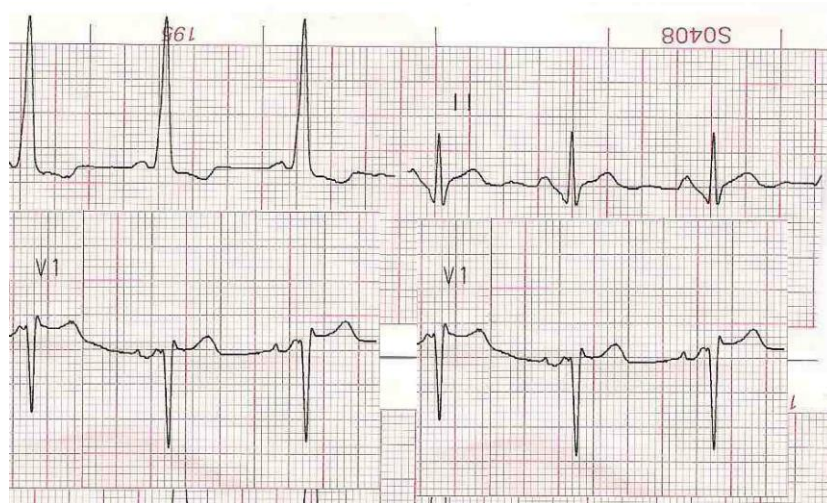
Saludos,

José Moltedo

¿Por qué dicen que la onda delta es negativa en V1?
En mi opinión lo negativo es el final de P.

En el adjunto coloqué V1 para que el 2º complejo coincida con el de DI y DI, ya que la onda delta es negativa en V1 y existe Q.

Marigel Beltramino



Hola Marigel

La onda delta empieza después del final de la onda P y se fusiona con el QRS (por eso el término preexcitación). Es por esto que la llamamos “negativa”.

Saludos

Adrián Baranchuk
