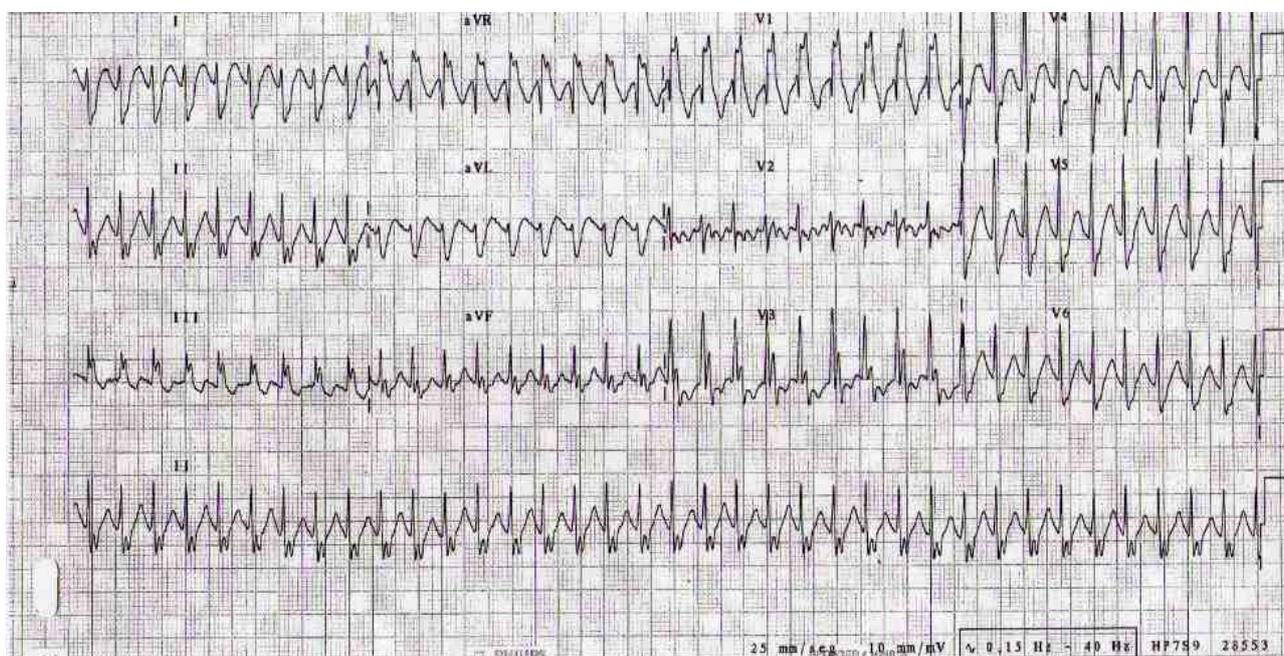


Futbolista de 16 años con palpitaciones – 2013

Dr. Pablo A. Chiale (QEPD)

Envío un ECG que me mostraron hace unos días Hugo Garro y Ernesto Albino. Pertenece a un joven futbolista de 16 años, que ha tenido episodios de palpitaciones postesfuerzo. El ecocardiograma es normal. Tiene ya estudio electrofisiológico, pero ignora el resultado, de modo que no se si mi diagnóstico fue correcto. De modo que lo dejo allí para que los foristas opinen y luego le pediré a Hugo que nos dé el diagnóstico. Yo le sugerí que hicieran una RMN cardíaca, pero no se si aceptarán mi sugerencia. Un abrazo y saludos a todos los integrantes del FIAI

Pablo A Chiale



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Chiale

Hagamos semiología electrocardiográfica si le parece bien. Partimos de un ECO normal. No tenemos ECG en RS para comparar.

ECG:

1. Taquicardia de QRS ancho con morfología de BRCD en V1

Los diagnósticos que se abren son:

a. Taquicardia Ventricular

b. Taquicardia supraventricular con aberrancia

Si fuera TV uno quisiera:

1. Ver disociación AV (patognomónica de TV). No la veo, pero mi Laptop es chiquita así que si alguien ve disociación nos avisa.
2. Al presentar imagen de BCRD, el criterio de Akhtar es que si el QRS es $>$ de 140 mseg, es TV. Aquí me parece bastante ancho, así que eso indicaría TV.
3. Concordancia positiva (si bien hay algo de S en precordiales izquierdas, eso da para TV
4. Relación R/S en V5 y V6 $>$ 1 (criterio de Brugada) eso da para TSV (pero ojo, los criterios de Brugada son para TV ISQUEMICA y esta es en corazón estructuralmente sano!!!!
5. aVR monofásica (criterio de Vereckei) eso da para TV (hay que calcular VT/V_i , pero no puedo hacerlo en la laptop

Para completar el examen de una taquicardia de QRS ancho, uno debiera poder explicar el mecanismo y origen de la TV.

1. En paciente con corazón sano, pensar en taquicardia fascicular o de Belhassen, La típica, tiene eje de HAI porque se origina en el fascículo posterior, pero la forma ATÍPICA de Belhassen se presenta con imagen de BCRD (origen en VI) y eje y morfología de HPI (no se cumple totalmente, pero permanece como una posibilidad bien concreta!!!)
2. Las TV de las cúspides no dan un QRS tan ancho como este, pero deben sospecharse.

Si fuera TSV podría ser:

1. RIN con aberrancia, pero es raro ver el eje tan a la derecha
2. Taquicardia Ortodrómica con aberrancia ipsilateral
3. Taquicardia Antidrómica: en cuyo caso, con BCRD y ondas predominantemente negativas en Di y aVL, la posición sería lateral izquierda.

En resumen, creo que se trata de una TV fascicular, involucrando al fascículo anterior, también denominada **Belhassen atípica**.

Quisiera tener en orden:

1. Inicio de la taquicardia y su terminación
2. ECG en RS
3. Saber como terminó (respuesta a drogas o masaje). Si estoy en lo cierto estas taquicardias son sensibles a Verapamilo (y/o Adenosina, OJO!!!!)
4. Ver bien el ECO
5. MRI ¿por qué no?
6. Estudio electrofisiológico hecho por el magistral Hugo Garro.

Gracias por traer tan lindo caso

Adrián Baranchuk

Distinguido maestro, Adrián:

Me ha dejado Ud. helado; recorrió en 20 líneas gran parte de los mecanismos y etiología de las taquicardias regulares con QRS anchos. Y con eso me exime de mayores comentarios.

Mire profesor, yo me incliné por una TSV con aberrancia o BRD preexistente (si es necesario diré por qué BRD preexistente) y hasta pensé por las características del trastorno de conducción que el paciente puede tener una anomalía de Ebstein o una patología del VD.

¿Por qué pensé en BRD?, por el complejo rsR' tan limpito (inicial) y característico del trastorno de conducción en V1. , pero también que debe haber "algo más" porque existe una segunda onda R' en V1 después de una especie de meseta o "empastamiento" que indica que la activación del ventrículo derecho presenta una zona de "demora" adicional. En otros términos, parece haber una fragmentación en la despolarización del VD.

Esto tiene correspondencia con lo que se ve en otras derivaciones, las de la pared inferior y aVR por ej.

Mi opinión es, si Ud quiere, intuitiva, pero no puedo argumentar en contra de su conclusión.

Como no sé que tiene el paciente, deberemos aguardar el diagnóstico que tiene guardado Hugo Garro bajo candado. Gracias por aportar al análisis de este ECG y ayudarme con su opinión y erudición a hacer algo más que un diagnóstico "a primera vista" y casi puramente intuitivo.

Un abrazo Adrián

Pablo A Chiale

Taquicardia ventricular sostenida.

Si existe enfermedad estructural, debe realizar únicamente actividades de baja intensidad (billares, bowling, golf, tiro al blanco). Descartar una DAVD.

El estudio electrofisiológico está orientado a estudiar la inducibilidad de la arritmia clínica y a establecer una estrategia terapéutica. En el caso de conseguir la inducción de una taquicardia ventricular monomórfica sostenida bien tolerada, se puede ensayar la ablación.

La resonancia nuclear magnética (RNM) es una técnica que permite detectar con gran sensibilidad la presencia de tejido adiposo en el miocardio ventricular.

Saludos

Eduardo Quiñones

Eduardo

Hay algo que no cierra en su análisis.

Si Ud piensa en TV asociada con DAVD, Ud esperaría que esta arritmia se originara en el VD, por lo tanto la morfología en V1 debiera ser BCRI y NO BCRD como es este caso. Ahora si Ud piensa en displasia biventricular, eso con Eco normal es más raro que cebra verde.

Pablo, el dato de Eco normal para mí descarta Ebstein que cuando se acompaña de arritmias, ya sea supra o ventriculares, muestra implantación baja de la tricúspide, y generalmente un VD chiquito con una AD muy grande.

Ahora, si el dato del eco es distractor, solo nos queda esperar. Pero insisto, si el rama

derecha es preexistente, con semejante eje a la derecha, no puedo creer que el eco sea normal y no muestre nada en cavidades derechas.

Para displasia además no cierra que el paciente haga cualquier deporte y recién ahora le aparezca esta arritmia.

Peor, como decía mi abuela Irene, todo puede ser en las viñas del Señor.

En Queen's insistimos más en el proceso de deducción que en el resultado. Me importa más que un fellow siga una línea de pensamiento (aunque errada) a que acierte tirando el diagnóstico de una.

Salud, PAC! y veamos que se trae Hugo bajo la manga

Adrián Baranchuk

Estimado Dr. Chiale y foristas:

1. Taquicardia regular con QRS ancho, no logro visualizar la cuadrícula adecuadamente pero mido 220-230 por min.

2. Diagnósticos diferenciales

- TVMS

- Taquicardia supraventricular con bloqueo de rama preexistente, bloqueo de rama funcional o conducción retrógrada por vía accesoria con bloqueo de rama funcional, y taquicardia supraventricular con conducción anterógrada por vía accesoria.

Por la duración del complejo QRS y el eje eléctrico a la derecha podría sospechar TV en un sujeto joven sin cardiopatía estructural en una TV fascicular (fascículo ántero superior). Mientras repasaba lei el mail brillante de Adrian, ¡gracias por la clase!

Por qué me incliné no fue por intuición; en el sexto latido de DIII visualizo una onda P en el inicio de la repolarización (6to latido) y la onda P positiva que precede al QRS en el 3er latido de V2 y V3.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Ya fué casi todo dicho, y todos tienen un fundamento.

En función de la FC, complejos QRS con deflexiones iniciales rápidas y enlentecimientos finales, alternancia eléctrica como se ve en V2, me inclino por origen SV con aberrancia.

Además, los segmentos R-R en V2 me impresionan mostrarse distintos, latido tras latido, pero en forma también alternante, como si hubiese actividad supraventricular que altera ese período. ¿Podría ser un aleteo auricular?

Ah!!! Y yo no descartaría totalmente lo del Ebstein.

Saludos:

Néstor Gorini

Hola Martín!!!

En los diagnósticos diferenciales no pondría taquicardia supraventricular con conducción anterógrada por vía accesoria, simplemente porque no se ve preexcitación ventricular.

La verdad es que yo, al menos, no puedo identificar las ondas P (que en algún lado deben estar).

También una breve acotación con respecto al eje eléctrico del QRS. En casos como estos conviene "disecarlo", apartando el trastorno de conducción. Haciendo eso, la porción inicial del AQRS está dirigida hacia alrededor de +60 grados y luego, la activación del VD es lo que da la fuerte desviación hacia la derecha. Con un trazado así me cuesta sugerir, si esto fuese supraventricular (sigo con mi intuición) que existe un hemibloqueo posterior. No se cómo es el trazado en ritmo sinusal, pero si fuese así tampoco diagnosticaría HBP. Y si se tratara de una TV, diría que se debería originar en la rama izquierda y no en la

división anterior. La verdad es que estoy bastante intrigado con la resolución del caso. Tal vez mañana Hugo Garro me de los registros ¡y mejor que tengamos la respuesta!!!

Un abrazo
Pablo A Chiale

Hola Dr. Chiale!

Tiene razón, no debería haberla incluida en este paciente como diagnóstico diferencial, obviamente no presenta preexcitación.

Comprendo que el complejo QRS se inicia con un eje en 60 grados, pero notaba en V1 se inicia con una onda q profunda y no concuerda con el R/S de V6, así como tampoco en la duración del complejo QRS, y me llamó la atención el complejo QRS en AVR en el cual no observo el patrón habitual de los bloqueos de rama derecha.

Le agradezco la corrección en mi interpretación del sitio de origen de la para mi TVMS fascicular.

Un abrazo y espero se encuentre Ud. bien.

Martín Ibarrola

El caso presentado por el Dr. Garro me resulta muy interesante, pero como se hace desear mucho en aclarar el tema voy a emitir mi simple opinión (no como experta en el tema),

El primer gran interrogante para mi es donde esta la onda P; yo realmente no la puedo identificar, existen en el trazado determinadas melladuras que podrían corresponder a una onda P, pero yo no lo puedo asegurar.

Lo segundo es: ¿es una arritmia SV o V?.

Yo pienso que es ventricular. Para que me entiendan adjunto una figura amplificada de algunas derivaciones. En el registro se observa una alternancia eléctrica tanto del complejo QRS como de la onda T. El primer vector del complejo QRS en el primer latido de la figura que adjunto se dirige hacia arriba a la izquierda y adelante (onda q en III, aVF y r en V1), el segundo latido hacia abajo a la izquierda y adelante (no se observa onda q en III y se observa una onda r de mayor amplitud en V1 y V2). La duración de este primer componente me hace sospechar su origen ventricular.

Si la inscripción de este componente fuese más rápida tendría que jugar con dos aberrancias izquierdas en un corazón con rotación antihoraria.

Pensando en que esta arritmia es ventricular y la activación inicial es distinta; yo me hago otra pregunta: ¿es un foco o son dos focos?.

La distancia de los R-R son muy similares, por lo que puedo pensar que la salida del foco ventricular tiene dos caminos en forma alternante. No puedo descartar la presencia de dos zonas de activación ventricular muy cercanas.

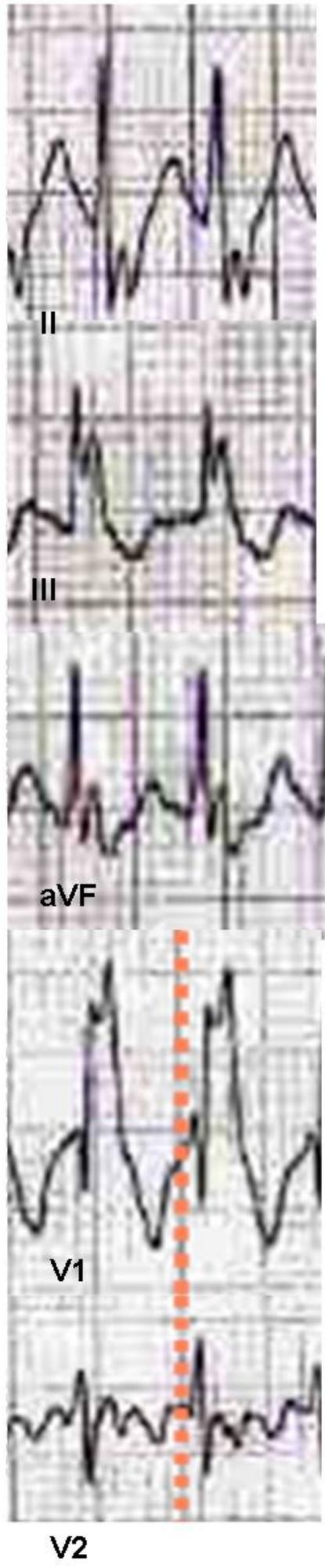
La activación del VI se realiza como si existiera un HP de mayor o de menor grado de acuerdo a la orientación de las primeras fuerzas.

La activación del ventrículo derecho es totalmente atípica para corresponder a un BRD de un corazón normal. Cuando llega el estímulo al VD la activación es lenta y las últimas fuerzas se dirigen hacia el tracto de salida: onda S en V2 y en aVF (el último vector esta orientado hacia atrás arriba y a la derecha).

Esta es mi modesta opinión no soy especialista en el tema. Espero ansiosamente la explicación del Dr. Garro

Atte.

Julia Pons



II

III

aVF

V1

V2

Estimada Dra Pons:

dado que el Dr Garro es el propietario del caso y el trazado sobre el cual Ud se ha explayado lo envié yo para iniciar un análisis sin tener otros elementos de juicio, quiero hacer un par de preguntas acerca de su análisis, por cierto muy meticuloso e ilustrativo de cómo se le puede "sacar el jugo" al ECG.

Eso sí, espero que el Dr Garro tenga esta semana los trazados con la resolución del tema para no seguir pensando dónde estamos parados y si "la pegamos" o no con nuestros diagnósticos.

Coincido con Ud en que la imagen del BRD, sea la arritmia aupraventricular o ventricular puede indicar una patología del ventrículo derecho y es justamente por eso que les sugerí a los Dres Garro y Albino que pidieran una RMN cardíaca.

Lo que no comprendo bien es a qué se refiere cuando expresa que *"La duración de este primer componente me hace sospechar su origen ventricular"* y estaría muy bien que nos lo aclarara para seguir aprendiendo. Y también me surgen dudas cuando expresa que tendría que jugar con dos aberrancias izquierdas si la duración de ese primer componente fuese de menor duración. ¿Podría por favor explicarnos a que aberrancias se refiere? Gracias por estimular nuestra curiosidad con su análisis tan exhaustivo de esta arritmia que por cierto nos ha intrigado a varios.

Muy afectuosamente

Pablo A Chiale

Mi estimado Dr. Chiale: en primer lugar yo soy la que trato de aprender de ustedes, que son los que tienen mucha más experiencia que yo sobre este tema.

Mi análisis de este ECG está basado en la suposición que el corazón es estructuralmente normal.

Onda Q de DIII: para una duración de 40 mseg (que me pueden rebatir argumentándome que está en el límite superior de la normalidad); a mi me gustaría que fuese más profunda y que no tuviese esa morfología (comienzo abrupto con una rectificación de la inscripción de 36 mseg), lo cual me hace suponer que el comienzo de la activación es intramiocárdico (esta es mi impresión).

Creo que con su segunda pregunta voy a confundir más que aclarar, pero voy hacer el intento.

Vamos a suponer que el latido es supraventricular y vamos a analizar la primera parte del complejo QRS que es activación pura del VI porque tenemos un BRD:

Veo ausencia de onda Q en I, con onda q en III y aVF que alterna sin onda q en III y aVF.

Primera opción: que sea un corazón con rotación horaria y que el primer vector se dirija hacia la izquierda arriba y adelante. ¿Qué trastorno de conducción izquierdo me puede desviar las primeras fuerzas hacia abajo adelante y a la izquierda sin cambios de la rotación inicial del complejo QRS? Yo no conozco ninguno.

Un HP me incrementaría las fuerzas iniciales dirigidas hacia arriba, así como el no tan aceptado bloqueo del fascículo medio y un HBA me cambiaría la rotación.

Segunda opción: que la rotación horaria este dada por un HP incompleto.

En este caso ¿por qué me desaparecen las ondas q de III y aVF?

Puedo inferir que tengo un menor grado de HP en un corazón con rotación antihoraria (si la rotación inicial sería horaria el vector inicial en este caso se dirigiría más hacia la derecha posiblemente con q en I). Pero ¿por qué crecen las R fundamentalmente en V1 y V2, en el latido que no tiene q en III y aVF; presentando una r embrionaria en V1 el que las tiene?

Tendría que asociar a un bloqueo del fascículo medio con un mayor y menor grado de HP. A esto me refería cuando utilicé el término "jugar con dos aberrancias izquierdas". Este probablemente sea un delirio personal unido a mi frondosa imaginación.

Afectuosamente.

Julia Pons

Estimada Dra Pons: sólo para agradecer su explicación, ya que a veces afirmamos algo dando por sobreentendido que el lector lo interpreta o comprende cabalmente y en no pocas instancias o no lo comprende o lo interpreta mal.

Ahora está muy claro; podrá discutirse o no, pero eso es harina de otro costal...
Gracias por tomarse la molestia de detallar aún más su análisis del ECG problema.
Espero tener la respuesta la semana entrante.
Muy afectuosamente

Pablo A Chiale

Querido Edgard: finalmente Garro aceptó darme el material para que los foristas tengan el diagnóstico definitivo del mecanismo de la taquicardia con complejos QRS anchos que envié hace como 10 días.

Allí va creo que todo lo necesario.

Le harán una resonancia magnética cardíaca en breve. Es muy lindo comparar el ECG en ritmo sinusal sin preexcitación y durante la taquicardia. Verán que tiene fuerzas finales dirigidas hacia arriba y a la derecha en el plano frontal, con una patente SI-SII-SIII, que tal vez indique ya una demora en la activación del TSVD, y el cambio que introduce la aparición del BRD durante la estimulación auricular programada.

Un abrazo

Pablo A Chiale

Hombre de 16 años, deportista competitivo (fútbol)

Sin antecedentes cardiovasculares.

Uso de polivitamínico hasta 7 días antes de la consulta (Animal Pack) y creatina en dosis habituales.

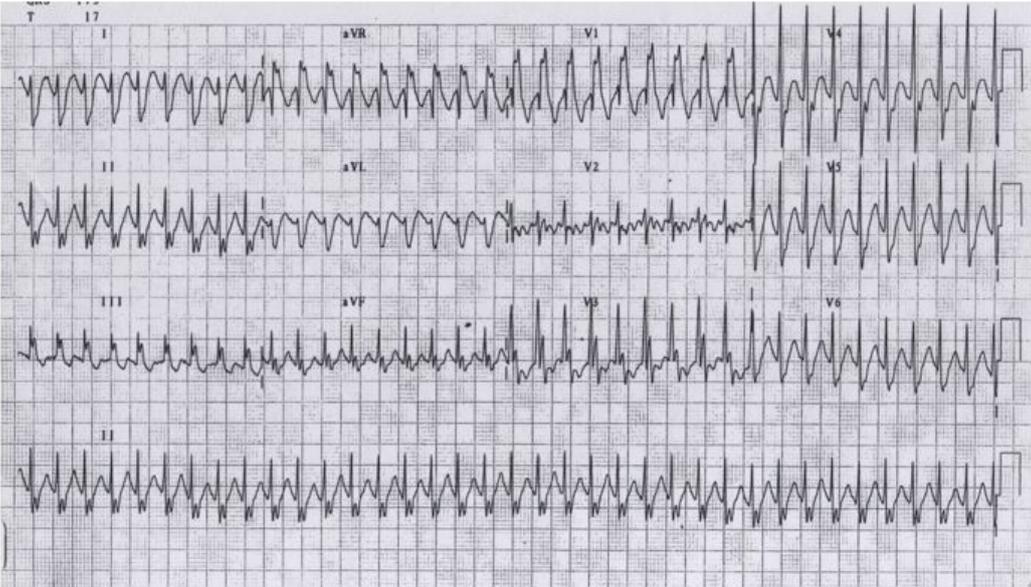
Consulta por palpitaciones durante actividad deportiva

ECG: taquicardia regular con QRS ancho, 215 lpm, imagen de BRD.

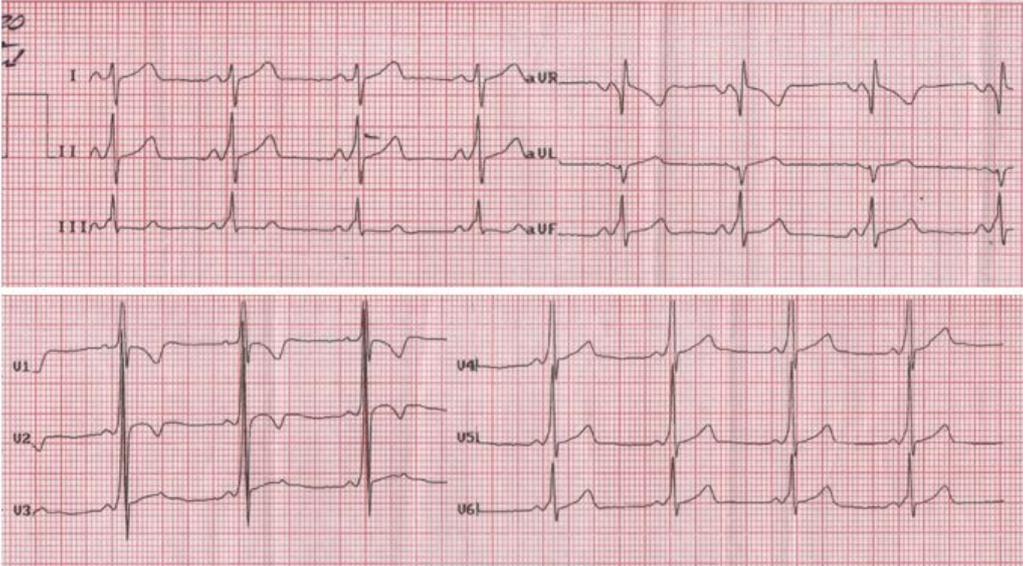
Adenosina 12 mg EV ineficaz. Se realizó cardioversión eléctrica.

Consulta en La Asociación del Fútbol Argentino. Le realizan ergometría (no se cuenta con el resultado), ecocardiograma (sin anomalías) y Holter (preexcitación ventricular intermitente).

ECG ingreso



MSC



Estimulación auricular programada

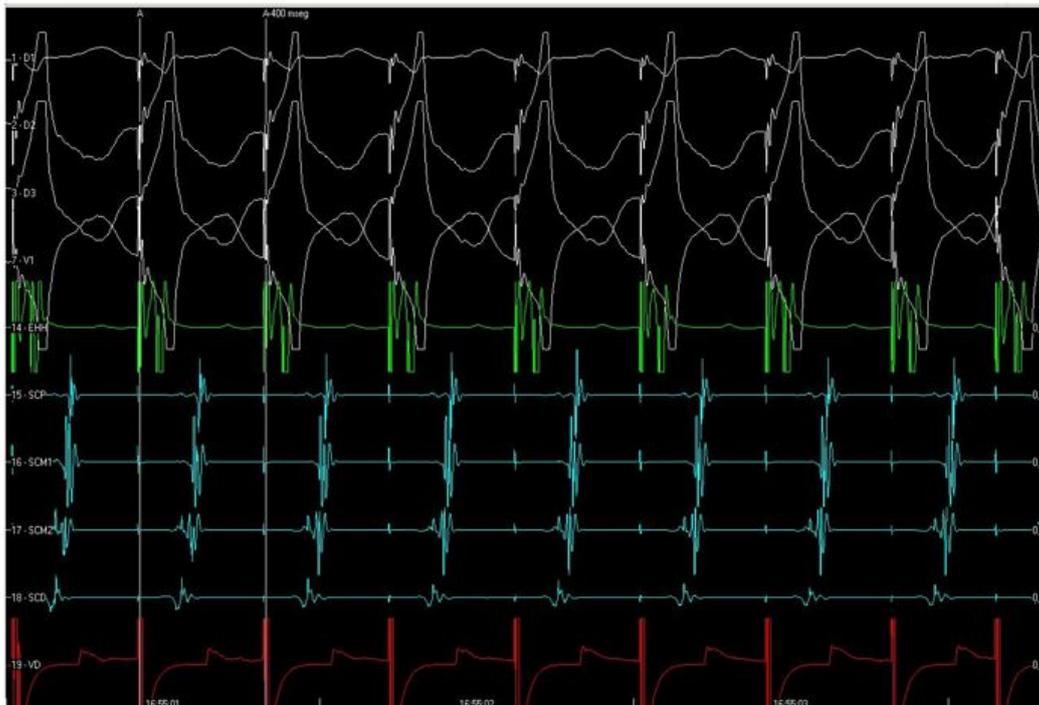


INDUCCION DE TAQUICARDIA





SEV 400 MS



Hola Edgard!!!

Hace un par de días envié el estudio electrofisiológico que le hicieron al futbolista de 16 años con taquicardia de QRS anchos.

Me llama la atención que nadie de quienes se interesaron opinó, así que no se si hay que describir lo que Garro y Albino me dieron o algunos de los preopinantes quieren hacerlo.

Si no, quienes no manejan los electrogramas se quedarían sin saber la resolución del caso.

Un abrazo y buen fin de semana

Pablo A Chiale

Querido amigo Pablo según mi experiencia el caso del joven con con taquicardia ancha, sugiere un flutter auricular con conduccion aberrante.

Hay algunos elementos electrocardiográficos que apoyan esta suposición

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Hola Dr Chiale! por lo que interpreté en el ECG de superficie (no sé interpretar el trazado del estudio EF) se trata de un paciente con un WPW intermitente que presenta taquicardia ortodrómica y comprendo la sugerencia de la realización de la RNM dado que al conducir en forma anterógrada por el NAV presenta retraso de las fuerzas finales del QRS que corresponderían al VD con fragmentación de las fueras finales del QRS que corresponden al mismo, por lo que Ud bien sospechó patología asociada del VD no detectada por eco. Esa es mi interpretación del caso por Ud enviado.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Bien Martín!!!!

Un abrazo

Pablo A Chiale

Hola Samuel: efectivamente, taquicardia supraventricular por reentrada ortodrómica (vía anterolateral izquierda) con conducción aberrante en la rama derecha (no se si la rama derecha o el ventrículo derecho están sanos, por la demora tan importante en la despolarización del VD y además porque es sugestivo que el BRD no desaparece al prolongarse la taquicardia, como suele suceder en los fenómenos de aberrancia "fisiológica")

Un abrazo

Pablo

Estimado PAC y amigos

Gracias Dr. Chiale por presentarnos interesante caso, que nos estimula a pensar y enseña.

Mi opinión en contexto de todos los ECG enviados con los del ECG intracavitario:

ECG 1 - taquicardia regular con QRS ancho a 230 min. con imagen de BRD (aberrancia funcional taquidependiente) ortodrómica, con onda P sucediendo al QRS y RP de más de 80 ms compatible con taqui SV aurículo ventricular utilizando brazo retrógrado de reentrada una vía accesoria posiblemente lateral izq.(por la P - en III y V6)

ECG 2 – poscardioversión, ritmo sinusal a 85 min, normal sin evidencias de preexcitación

ECG 3 - con MSC posiblemente por influencia del mismo a nivel del nódulo AV, se evidencia conducción por vía accesoría (patrón W:P:W), que utilizando el algoritmo de Brugada:
Rs en V1 (plano horizontal), R + en III, - en L (plano frontal) y onda delta + en V1 a V6 y III corresponde a vía situada en región de anillo mitral LATERAL IZQUIERDA

ECG 4 - durante estimulación auricular, un extraestímulo provoca un BCRD por bloqueo en fase 3

ECG 5 - 6 - con extraestímulo auricular se induce taquicardia SV con QRS ancho, con imagen de BCRD por aberrancia (funcional) observándose en el polo distal de catéter de seno coronario la activación más precoz, lo que confirma la ubicación de la vía en región lateral izquierda

ECG 7 - durante la sobreestimulación ventricular se observa también en la activación más precoz en polo distal de catéter de [s.co](#) (correspondiendo así a vía accesoría izquierda)

Síntesis: el caso presentado tiene una conducta de ARF de la vía, por acceso arterial retrógrado o venoso derecho transeptal.
Sería interesante que Ud nos comente cuál fue el resultado final y la conducta tomada y localización definitiva de la vía.

Saludos
Juan José Sirena

Estimado Sirena: gracias por la descripción exacta del EEF y las conclusiones acerca del caso de Garro y Albino.

Lo que se hizo fue efectivamente, ablacionar la vía accesoría durante estimulación ventricular, dada la intermitencia de la conducción anterógrada por esa vía.

Entre el material que me proveyó Hugo está el potencial exitoso y la obtención del bloqueo del haz anómalo, pero no lo remití por considerarlo innecesario.

Si te interesa, lo subo. Lo que no se es si podemos considerar que el BRD es estrictamente funcional.

Por lo general, los bloqueos de este tipo ocurren durante la fase inicial de las taquicardias auriculares y con el paso de los segundos o minutos se produce una abreviación del PRef que hace que la conducción se normalice.

Sucede que aquí, la frecuencia tan elevada pone un límite a ese criterio. En otras ocasiones el BR aparece segundos o minutos después del comienzo de la taquicardia, sin que medie ningún factor identificable (aumento de la frecuencia, latidos prematuros) y eso es lo que se ha dado en denominar "fatiga" de la conducción (prolongación del período refractario frecuencia y tiempo-dependiente) e indica una anomalía en el fascículo involucrado.

Veremos si la RMN cardíaca revela alguna afección del VD.

Yo mencioné que era de interés observar el ECG sin preexcitación, porque las fuerzas finales del QRS (hacia arriba y a la derecha) podrían ya estar indicando una demora de la conducción en el tracto de salida del VD. No se si existe alguna deformidad torácica (columna recta); veré que me dicen los dueños del caso.

Un abrazo

Pablo A Chiale

Mi estimado Dr. Chiale: necesitaba tiempo para deleitarme con el trazado electrocardiográfico que quería observar un poco más meticulosamente.

Yo sigo cuestionando las primeras fuerzas (además de todo el ECG) y me gustaría saber que es lo que piensa usted de ellas.

Como ha sido descrito anteriormente por Sirena, el paciente parece tener una WPW (vía lateral izquierda), que durante su TSV conduce retrógradamente por esta vía.

A pesar de observarse una alternancia eléctrica la morfología del complejo QRS me gustaba más para ventricular, evidentemente no lo era.

Ahora bien el ECG sin arritmia muestra un complejo QRS que tiene una duración aproximadamente de 80 mseg; yo hubiese esperado ondas S en I, II y III más empastada y mayor duración del QRS.

Observo una onda R de 6 mm en V1 que durante la taquiarritmia con BRD decrece significativamente lo cual hace suponer que son fuerzas de la pared anterior del VD; $S_3 > S_2 > S_1$; y relación R/S en V1 $>$ que 1, por lo cual supongo que el paciente tiene una HVD que podría llegar a ser secundaria al deporte.

Durante la taquiarritmia tanto la espontánea como la inducida el complejo QRS de V1 se caracteriza por no tener onda S (ya que no posee un componente negativo). Esto implica el vector R en el plano horizontal se ubica en los 30° , lo cual apoya el diagnóstico de HVD.

En el slide 4 que muestra la conducción a través de la vía accesoria izquierda, las fuerzas hacia arriba a la derecha y atrás disminuyen en forma significativa. Mi impresión es que si fuese una alteración sectorizada del VD a dicho nivel, esto no debería ocurrir.

El segundo latido con aberrancia durante el marcapaseo auricular para la inducción de la arritmia (slide 6) muestra una configuración totalmente distinta, las primeras fuerzas se orientan hacia arriba y a la izquierda; con rotación antihoraria; presentando una pseudoimagen de necrosis inferior (HBA atípico).

Me gustaría saber lo que Ud. Opina antes de inferir otra hipótesis o delirio de los que ocurre.

Muy afectuosamente

Julia Pons

Estimada Julia: coincido con la mayor parte de su análisis.

Algunas discrepancias.

Durante la taquicardia (ver diapositiva 2) veo una onda s clara en V1, que alcanzo a entrever también durante la taquicardia inducida.

Con respecto a lo que ocurre cuando existe preexcitación anterógrada (slide 4), es bien cierto que las fuerzas finales del QRS decrecen, desviándose un poco menos hacia arriba, pero no hay que olvidar que se trata de un latido de fusión con la onda excitatoria proveniente del ventrículo izquierdo y no sabemos cual es la zona de pasaje del impulso desde el lado izquierdo hacia el derecho. Por consiguiente, no me atrevería a sacar ninguna conclusión respecto de la conducción en el ventrículo derecho. Y en el slide 6, hay por lo menos dos latidos que llaman la atención y cuyo origen es difícil de establecer: Uno es el que Ud menciona como posible HBA atípico. Sinceramente, creo que ese diagnóstico no puede sostenerse ya que las fuerzas iniciales del HBA van en sentido opuesto al que Ud. menciona, excepción hecha de una fibrosis inferior extensa, que aquí no existe. Me inclinaría a pensar en un latido ectópico ventricular del lado izquierdo, tal vez fusionado con el de la taquicardia. Por último, el latido num 12 (10 de la taquicardia) muestra un complejo QRS angosto, en el que desaparecen las fuerzas muy lentas finales del VD.

La pregunta es: ¿por qué mecanismo sucede eso? Mi respuesta es, no lo sé.

Para salir rápido del paso diría: en el latido previo se perdió el "linking" que promovía la perpetuación del BRD. Pero ahora Ud me preguntará ¿Y por qué se perdió el linking? y yo recurriré a alguna triquiñuela para balbucear una explicación en apariencia erudita, que no voy a revelar aquí por dos razones: 1. porque no es leal usar triquiñuelas para explicar estas cosas; y porque si me delato, me pondré en evidencia en caso de usarla en otra ocasión...JAJAJA...

Bueno, creo que por ser el atardecer del domingo, es bastante. Le aviso si se encuentra algo en la RMN cardíaca. Tampoco se si este jovencito tiene una espalda recta (voy a pedir que me muestren una Rx de tórax, si tiene hecho un perfil.)

Que finalice muy bien el domingo y muchas gracias por interesarse en el caso y estimular con una sólida base electrocardiográfica esta discusión. Creo que estuve bien, "robándole" a Hugo Garro el trazado de la taquicardia, porque pudimos aprender que a veces, las apariencias engañan.

Muy cordialmente
Pablo A Chiale

Estimado Pablo: por suerte las discrepancias siempre existen y es un valioso motor que nos ayuden a poder crecer.

Le voy a dar las gracias por tres cosas: una por su contestación, la otra por presentar un caso que para mí fue muy interesante y la última por no quererme engañar como a una inocente colegiala. Yo para tratar de explicar algunos fenómenos no utilizo triquiñuelas, uso mis delirios que por suerte (por el momento) no son místicos.

Quiero aclarar un error que figura en el otro email que envíe, cuando describo la HVD es la relación R/S de aVR no de V1.

Es un placer el poder intercambiar ideas y el aprender de usted. Muy afectuosamente

Julia Pons
