

Paciente femenina ex deportista de 44 años – 2013

Dra. Alba Marigliano

Saludos a todos los participantes del foro.

Aprovecho la oportunidad para agradecer a los activos participantes por su enseñanza permanente.

Envío un caso que he tenido recientemente y del que me gustaría me dieran su opinión ya que no llego a ninguna conclusión por el momento. Espero estar utilizando la ruta correcta ya que es la primera vez que envío un caso.

Se trata de una paciente de 44 años sin factores de riesgo coronario, sin antecedentes familiares de cardiopatía isquémica o muerte súbita, que fue deportista a nivel profesional en la liga de balón mano de Catalunya desde los 10 hasta los 25 años y que desde entonces practica deporte de cierta intensidad unas 3 horas semanales a excepción de los últimos meses en los que por trabajo y mucho stress laboral ha sido más irregular en la práctica deportiva.

La paciente refiere haber tenido algunos episodios aislados de dolor/sensación de ocupación a nivel epigástrico generalmente asociados a stress. En el año 2009 ya le dijeron que tenía algunas alteraciones electrocardiográficas sin más detalles.

Actualmente consulta tras haberse encontrado 15 días de vacaciones en una clínica-spa, con el objetivo de desestresarse, practicando ejercicio físico intenso dos horas y media al día y con alimentación rigurosamente medida.

En ese contexto se le realiza un ECG de control y al encontrarle algunas alteraciones la derivan a una clínica donde se le realiza una prueba de esfuerzo que detienen casi inmediatamente por más alteraciones electrocardiográficas y le indican una cinecoronariografía.

La paciente se niega y pide el alta voluntaria consultando a urgencias del centro donde trabajo desde donde se la ingresa para estudio. Asintomática en todo momento. Niega historia de síncope.

Ecocardiograma Doppler normal (TIV/PP 8/8 mm) No recuerdo los datos numéricos que puedo enviar en proximo mail. VD en el límite alto de la normalidad con contractilidad normal.

¿Cómo completarían estudio?

¿Será necesario estudio familiar?

¿Tendrá alguna contraindicación para la práctica deportiva (no competitiva) a pesar de estar asintomática?

En mi humilde opinión tiene aspecto de cardiopatía estructural vs canalopatía aunque no puedo encuadrarla en ninguna específicamente.

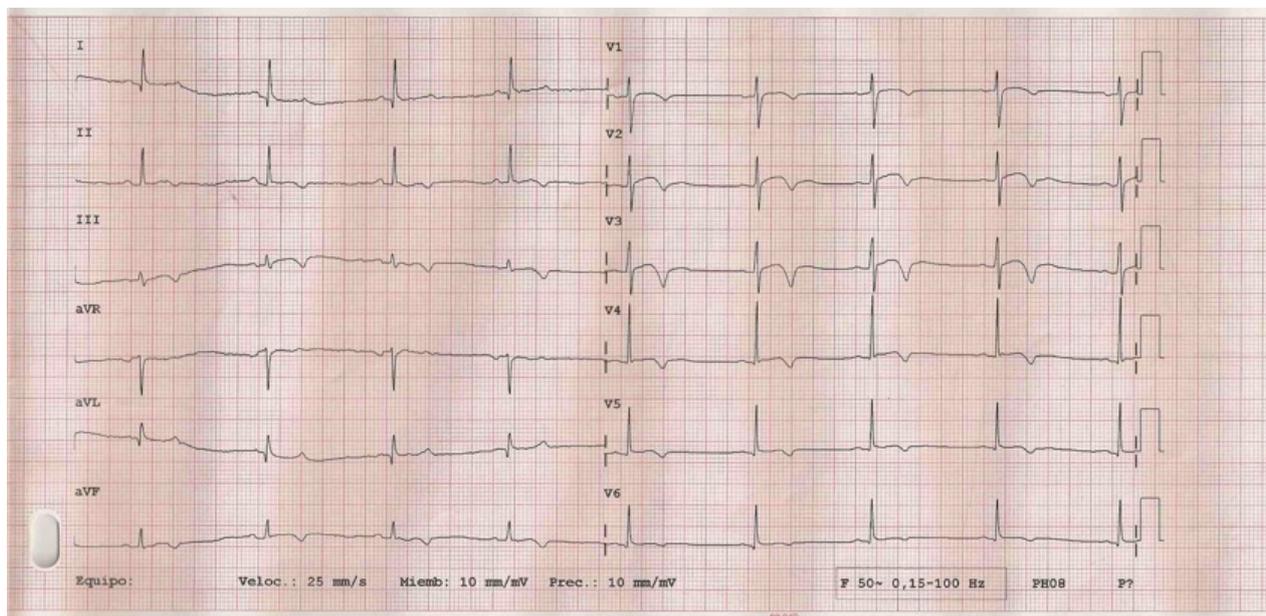
Llama la atención la ausencia de hipertrofia de VD y VI. Mucho electro para poca expresión estructural al menos por eco. ¿Será todo secundario al deporte, aunque no haya HTF de VI y ya no practique a nivel competitivo?

Es de raza blanca (las deportistas de raza negra tienen aparentemente mayor grado de hipertrofia y cambios en la repolarización en el ECG).

Le he solicitado RMN y ECG de hermanos y padres por el momento.

Adjunto ECG y espero sus opiniones. Reitero saludos. Gracias

Dra. Alba Marigliano



OPINIONES DE COLEGAS

Queridos amigos del forum

Con respecto a las mujer de 44 años con ondas T negativas. Este ECG corresponde a inversión de la onda T no segmentaria

Abarca desde V1 a V6 y DII, DIII y AVF. Este cuadro generalmente no es debido a una patología coronaria, pero tampoco es normal, y si esta mujer fuese postmenopáusica la clasificaría como una patología crónica del tipo Takotsubo

Este patrón se ve en mujeres postmenopáusicas asintomáticas con ecocardiografía normal.

Si fuese isquémico se tendría que observar una alteración en la contracción en el eco de esfuerzo, pero según mi experiencia este va a ser también normal.

En resumen ondas T invertidas en mujer adulta, no de origen coronario, y es un tipo de miocardiopatía no definida.

La discusión esta abierta

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Hola Samuel! ¿cómo estás? espero que bien...

¿Explorarías mejor la punta del VI en esta mujer para ver si no hay allí una hipertrofia localizada?

Saludos

Pablo A Chiale

Querido admirado maestro y amigo Pablo

En las hipertrofias apicales, generalmente las ondas T más profundas se manifiestan en V4, V5, pero en esta mujer las ondas T más profundas están en V2, V3.

Pero en electrocardiología todo puede ser

Un abrazo

Samuel Sclarovsky

Hola.

La paciente no tiene una miocardiopatía hipertrófica apical, De todas maneras le he solicitado una resonancia cardíaca para evaluar focos de fibrosis o inflamatorios y su distribución.

A mi me llama la atención la morfología ascendente del ST sobretodo en las derivaciones derechas que se evidencia más cuando está taquicardica.

Procuraré conseguir el ECG.

Tiene pendiente una prueba de esfuerzo sobretodo para evaluar el comportamiento dinámico de la onda T, tengo entendido que en los deportistas se positiviza y un TAC coronario que honestamente, lo he pedido más por protocolo que porque crea que tiene alguna enfermedad coronaria, congénita o adquirida.

Mañana lunes tendré la resonancia y enviaré informe. Los cambios son muy extensos como para pensar en Displasia arritmogénica de VD y al menos por ECO e historia familiar, no cumple otros criterios.

¿Podría tener una displasia izquierda sin afectación de VD, aunque la función ventricular (biventricular) sea normal? ¿Muy raro, no?

Gracias por sus opiniones.

Alba Marigliano

Estimada Dra Alba

Casi todas las cardiomiopatías en las taquicardias las ondas T se positivizan ¿Y por qué es esto?

Para que haya sinus taquicardia, deber haber un aumento de la secreción adrenérgica Y como se sabe las substancias adrenérgicas acortan el potencial de acción epicardial Entonces el gradiente de la repolarización se vuelve a equilibrar. Para que haya ondas T invertidas en gradiente de repolarización se invierte entonces el potencial de acción endocárdico es más corto que el epicárdico, que en condiciones normales el potencial de acción endocárdico es el más largo y a esto e debe que las ondas T epicardiales son positivas.

Un fraternal abrazo y espero que esta explicación sea de su aceptación, ya que soy casi octogenario, y he ya visto algo de cardiología en los ultimos 53 años

Samuel Sclarovsky

Por supuesto Dr. Sclarovsky, gracias. Es lo que busco, la opinión de los expertos. Yo no me dedico a las arritmias sino a las imágenes, pero todo lo relacionado con las arritmias y con el ECG es fundamental para comprender la cardiología a mi modesto ver.

Enviaré más datos de los estudios esta semana.

Saludos

Alba Marigliano

Estimada Dra. Alba le quiero hacer notar que en la displasia derecha el patrón electrocardiográfico es ST -T deprimido en las derivaciones, en V1-V3 pero su paciente tiene el ST isoeléctrico ya un ligeramente elevado, pero todo puede ser y el MRI lo determinará-

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Samuel

¿Podría Ud dar una referencia sobre ST deprimido en V1 y V2 en ARVC?

Lo que dicen los textos es:

- 1.Low voltage
- 2.T-wave inversion V1-V4
- 3.IRBBB with/without LAFB
- 4.Epsilon-wave

No encontré ninguna referencia al ST deprimido, ¿será Ud tan amable de enviármela?

Gracias

Adrián Baranchuk

Querido amigo maestro Adrián, este es un signo descrito por unos de los expertos en genética de miocardiopatía, que es de origen canadiense que trabaja en London en el Hammersmith-

Cuando me acuerde del nombre lo voy a escribir. Este investigador es uno de los importantes en el tema- Pisando los 80 se me borran algunos circuitos cerebrales. Pero seguramente dentro 1 hora se me va a volver el nombre

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Tómese su tiempo.

Algunos referentes en el tema (ARVC) son Guy Fontaine, Li Zhang (amiga personal de Andrés) y los grupos italianos del Veneto.

La depresión del segmento ST en V1 y V2 **NO** figura entre los criterios mayores o menores aceptados por las sociedades americanas y europeas.

Como este es un foro con muchos integrantes aprendiendo, si nos vamos a salir de lo que recomiendan guías y trabajos mayores (lo cual es posible) sugiero que demos todas las referencias posibles para que el lector pueda hacer su propia experiencia.

En este tema, el año pasado, junto al Maestro Chiale, publicamos un caso muy bonito (y único en la literatura) donde produjimos una onda Epsilon, luego de una ablación de TV en una paciente con ARVC.

La interpretación es que entonces, la onda Epsilon TIENE que tener un componente sistólico, ya que se manifestó al enlentecer la conducción durante la ablación. El paper está publicado en Heart Rhythm (ver advanced papers).

Salud

Adrián Baranchuk

Querido maestro Adrián

Ahora me acordé del nombre de mi amigo WILLIAM McKENNA que presentó una revisión del tema en European Cardiology Meeting del 2011 en Paris.

Buscaré la referencia en la literatura pertinente-

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Bill McKenna es un gurú en Miocardiopatía Hipertrófica NO en displasia arritmogénica.

Saludos cordiales

Adrián Baranchuk

Hola a todos.

La paciente en cuestión se ha realizado la resonancia cardíaca.

Por desgracia, en la misma solo hay algún hallazgo inespecífico que ahora relataré.

Digo por desgracia porque sigo sin aclarar por qué tiene este patrón de repolarización alterado tan difuso y creo que nada normal.

RNM:

VI de dimensiones y contractilidad global y segmentaria normales (DtDVI: 48/DtSVI 27 mm, volúmenes ajustados por superficie corporal: 92/40 ml/m² -normales-). TIV 7,6, PP 7,8 mm. FEVI 57%

VD de dimensiones normales aunque se destaca diámetro a nivel del TSVD en el límite alto de la normalidad (29 mm). Volúmenes normales. FEy VD 52% (normal).

- No se detecta criterios de displasia arritmogénica de VD

- Captación intramiocárdica inespecífica focal (es decir, fibrosis focal) a nivel de la unión interventricular inferior sin signos de sobrecarga de VI que lo justifiquen.

Sugieren control evolutivo.

Por lo tanto, estamos como al principio. Refuerzo la observación de que el ST es ascendente de V1 a V4 (lo que recuerda algunas canalopatías) pero con punto J nivelado, más marcado en V2 y V3.

Estoy pendiente de realizarle la prueba de esfuerzo cuando se la autoricen y el TAC coronario que enviaré al foro para recibir más ayuda con el caso.

Gracias por la participación

Alba Marigliano

Estimada Dr Alba: no he podido observar los trazados de la ergometría. Ud refiere ecocardiograma normal.

¿Por qué pensar en displasia arritmogénica del que afecte solo al VI? anomalía de las arterias coronarias, por la edad de la paciente y no ha presentado sintomatología lo más frecuente de observar fuera de los trastornos inespecíficos de la repolarización ventricular es el puente muscular en la DA pero no presenta sintomatología por lo que si lo presenta no interpreto sea el causante de los trastornos de la repolarización.

Para sospechar enfermedad coronaria? no presenta factores de riesgo y la morfología de la onda T y el segmento ST no impresionan de origen isquémico.

¿Que espera encontrar en una TAC coronario? ¿score de calcio a los 44 años?

Aunque demore prefiero y me parece lo indicado seguir una secuencia de pensamiento y de acuerdo a esto la línea de estudios.

1. Estudio de apremio sea ergometría o estudio radioisotópico o ecoestres con ejercicio (en esta paciente me resulta particularmente atractivo este último).

2. Ecodoppler cardíaco

3. Analítica sanguínea para determinar sus factores de riesgo coronario.

Luego de acuerdo a los resultados de estos reevaluar y decidir si continuo con los estudios diagnósticos o no.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Totalmente de acuerdo con Ud Dr Ibarrola y ese ha sido mi razonamiento.

Como relaté en el mail, a la paciente se le hizo una prueba de esfuerzo en otro centro en otra provincia, del que no tengo registro salvo un solo ECG y fue detenida precozmente por las alteraciones eléctricas. Inmediatamente se le solicitó cateterismo cardiaco. Se niega y vuelve a su provincia consultando asustada por urgencias en el centro donde trabajo y la ingresan diciéndole que se haría un cateterismo cardiaco. La veo yo al día siguiente y le digo lo que Ud dice: la menor probabilidad es la cardiopatía isquémica.

Luego Eco Doppler normal.

RM cardíaca: hallazgos inespecíficos: fibrosis focal intramiocárdica inferior y TSVD en el límite alto de la normalidad (ya siendo detallista)

Todo esto día viernes por lo que le di el alta y programé demás estudios de manera ambulatoria.

Le he pedido el TAC coronario sin estar convencida en absoluto por dos motivos y sé que no muy defendibles: 1) justamente para descartar alguna anomalía estructural coronaria o muscular (puente muscular) aunque aun así no creo que vayan a justificar los cambios eléctricos 2) porque ella sigue haciendo deporte bastante intenso aunque no a nivel competitivo y seré yo la que le dirá que puede seguir haciéndolo a pesar del ECG, etc, etc 3) porque también demandan estudio coronario ya que otros profesionales se lo han solicitado, aunque realmente, este el motivo que menos me interesa de todos.

Eco de esfuerzo mañana, en realidad, post esfuerzo inmediato.

Lo que menos me gusta a mi, y perdón por insistir es la morfología del ST, pero por supuesto, probablemente estoy exageradamente preocupada.

Si todo es normal, ¿tendré que diagnosticar trastorno inespecífico de la repolarización a pesar de su extensión y morfología??

Está citada para eco de stress con ejercicio hoy. Comentaré resultado.

Gracias por su respuesta. Enviare los resultados pertinentes.
Alba Marigliano
