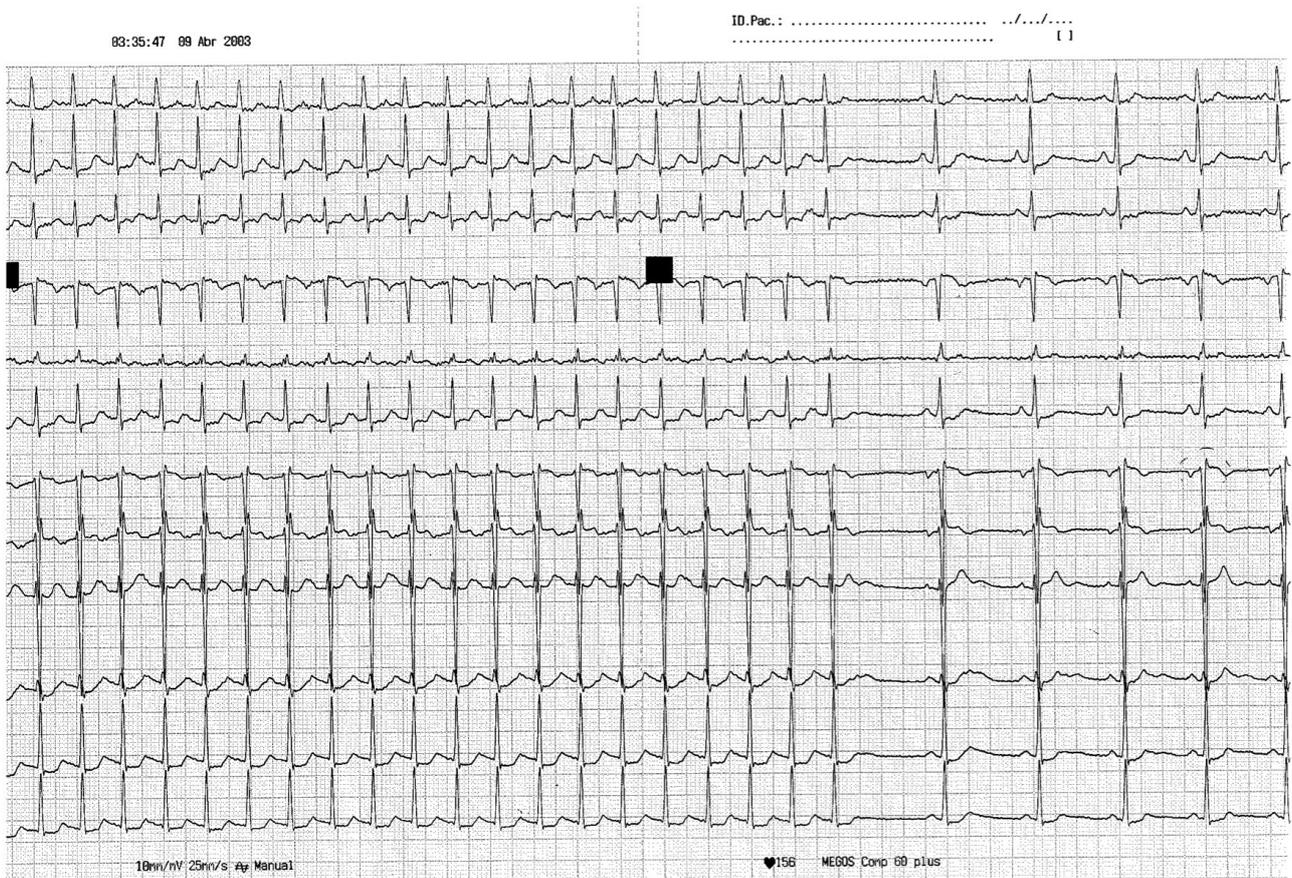


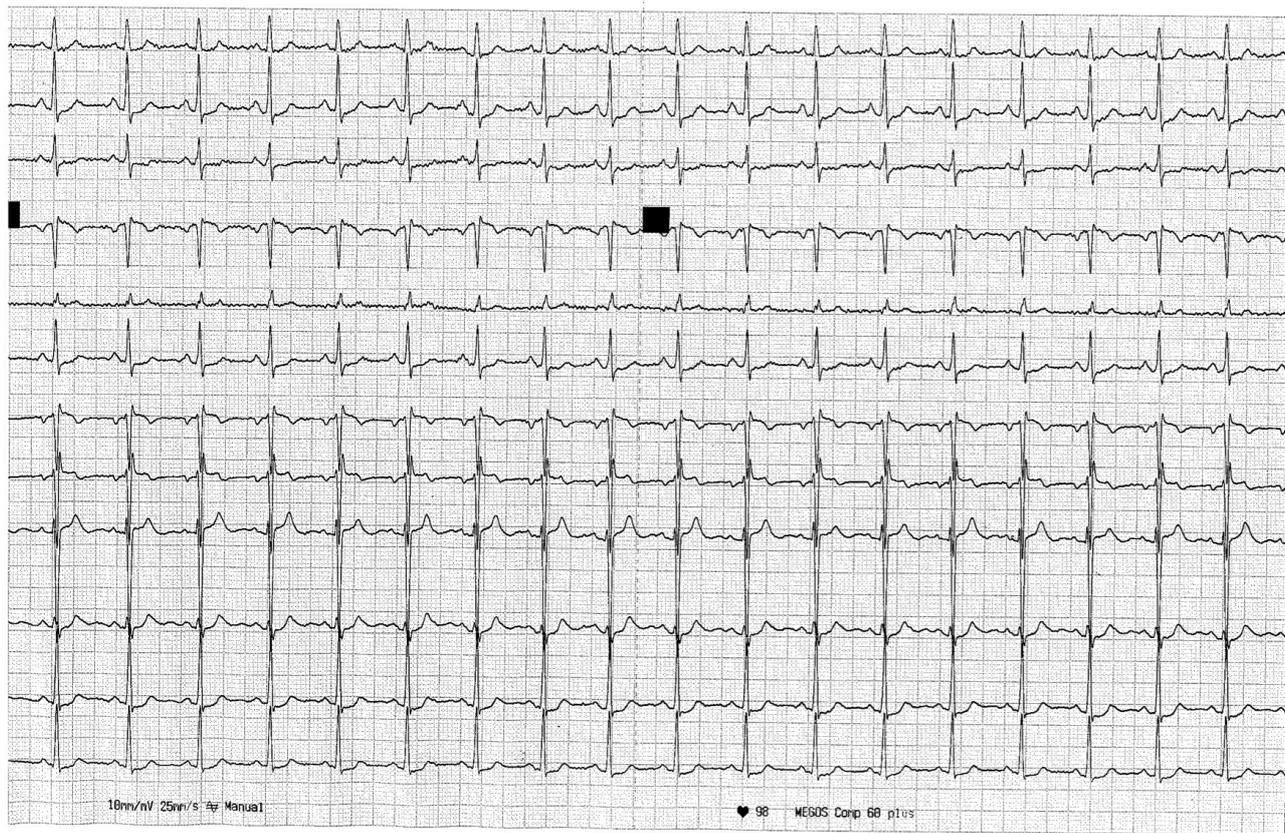
Mujer de 27 años con palpitaciones – 2011

Dr. Jhonatan Franco

Apreciado foro. Mi nombre es Jonathan Franco, soy residente de medicina interna en Barcelona, España. Quisiera orientación puntual sobre un EKG. Me consulta paciente sexo femenino de 27 años, sin ningún antecedente patológico, alérgico, quirúrgico ni medicamentoso. No historia familiar de cardiopatías. Presenta cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por sensación de palpitaciones intensas que ceden espontáneamente, sin síncope, ni dolor torácico. Sin embargo hace 1 día presenta episodio que dura 5 minutos con lipotimia por lo cual acude. TA 120/70, FC 160 lpm, T° 36,5. Y presenta el siguiente EKG inicial, que tras maniobras de Valsalva presenta el segundo EKG. Mi orientación es una TPSV sin embargo el patrón que queda posterior a la arritmia a nivel de V1 y V2 quisiera saber si es compatible con un síndrome de Brugada. Además en las TPSV que cada vez son mas sintomáticas y frecuentes, fuera de manejo sintomático, ¿se realiza estudio electrofisiológico? ¿en que indicación puntual? Gracias.

Jhonatan Franco





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Jhonatan

Gracias por compartir tu caso con nosotros. Es una alegría que los residentes se interesen por las arritmias. Como bien sabes, en Barcelona hay excelentes electrofisiólogos, solo por nombrar algunos: Lluís Mont, Antonio Berruezo, Josep Brugada, Xavier Vignolas, el Prof y Maestro Antoni Bayes de Luna y muchos otros. Además nuestro amigo Oswal Londono está por esos pagos, me parece.

Análisis ECG

1. La arritmia del ECG 1 es de origen supraventricular, ya que la morfología del QRS es idéntica a la del ritmo sinusal. Es regular y de QRS estrecho. El diagnóstico diferencial debe hacerse entre: Reentrada intranodal típica, reentrada atrioventricular utilizando una vía accesoria como brazo retrógrado de la taquicardia, taquicardia auricular y aleteo auricular.
2. Hay 2 elementos que sugieren un mecanismo de reentrada en este caso: el primero es que se corte con Valsalva. El segundo que lo hace luego de la despolarización de la aurícula (es decir termina con una P retrógrada). Si bien ninguna de las 2 cosas son patognomónicas, ambas sugieren reentrada. Dada la FC **una AVNRT (reentrada en el nodo)** es más factible que una AVRT (reentrada utilizando vía accesoria).
3. El ECG luego de la taquicardia presenta ritmo sinusal y bloqueo incompleto de rama derecha. **NO** presenta PATRÓN de Brugada.

Conducta

Dado que se trata de arritmia recurrente y sintomática, estudio electrofisiológico y ablación por RF.

Te envío un fuerte abrazo y nuestro agradecimiento por sumarte al foro. Esperamos más casos interesante como este!

Salud

Adrián Baranchuk
