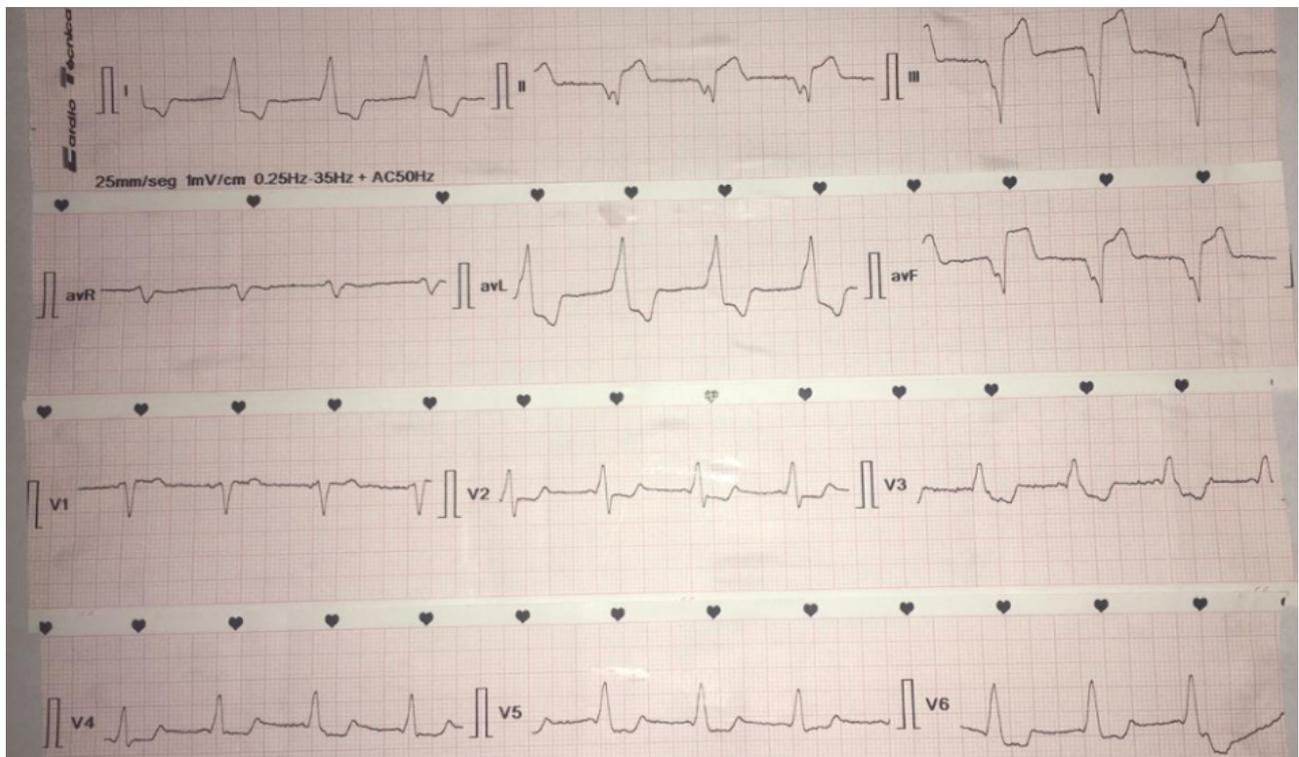


# Paciente masculino de 70 años asintomático sin antecedentes – 2018

Dr. Fernando Malpica Cervantes

A ver si me pueden ayudar a informar este ECG, los únicos datos de que dispongo son: masculino de 70 años asintomático concurre a cardiología para que se le informe este ECG , lo único que se le preguntó fue si alguna vez tuvo algún evento cardiaco, a lo que respondió que no.  
Un saludo cordial

Fernando Malpica Cervantes.



## OPINIONES DE COLEGAS

A priori. ASINTOMATICO....complejo QRS ancho, ritmo regular, ondas P visibles en V1 a V4. con empastamiento inicial de QRS con PR corto (parece HVI con eje de HBA , algo lógico en paciente añoso e hta) pero mi impresión es preexcitación Wolff tipo B

José María Gauna

Prezado Malpica Mando meu diagnostico

Attachment:

"Malpica case diagnosis.pdf"

(3M) can be downloaded at:

<http://listserv.rediris.es/cgi-bin/wa?F2=00000383&L=ARRITMIAS>

Andrés R. Pérez Riera

---

Estimado Fernando,

El ECG muestra ritmo sinusal con una preexcitación máxima. La vía está ubicada en la parte inferior del anillo tricúspideo (íntero para-septal derecha).

La preexcitación máxima debe hacernos sospechar un posible bloqueo a través del sistema de conducción normal.

Si alguien decide hacer una ablación, primero debe constatar de que tenga conducción intacta por el nódulo A-HV y sistema de His-Purkinje.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Buenas noches, coincido con usted en pensar que ha tenido un evento coronario, tal vez sea un evento asintomático para el paciente, tal vez está asintomático dependiendo de su clase funcional habitual.

Se mantiene sinusal en 75 lpm con el BCRI

Un gran saludo.

Christian Musante

---

Estoy muy de acuerdo con Mario. No se por qué cuando coexiste un BRI, se postula una etiología tan maligna. Los diagnósticos etiológicos de BRI mas frecuentes son las enfermedades de Lev o de Lenegre, que son enfermedades degenerativas secundarias o primarias, respectivamente, del sistema de conducción, que en el peor de los casos requieren la colocación de un marcapasos. En este caso no hay sospecha de una etiología coronaria o miocárdica, aunque no está descartada.

Con mucho afecto

Gerardo Nau

---

"Asintomático", pero diabético quizás. Con pocos datos clínicos sólo podemos especular. Pero, para cualquiera, esa cara inferior fue tocada por un infarto.

Saludos.

Luciano Pereira

Ciudad del Este-Paraguay

---

Hola amigos

En principio de acuerdo con Dr .Mario es una vía de preexcitación derecha localizada en anillo tricúspideo hs 4 o 5

Que genera activación con un eje de vector máximo en cuadrante superior

izquierdo ;por lo que puede SIMULAR un BRI o infarto inferior.

Que pueda tener un trastorno a nivel his y ramas es una posibilidad ,pero sólo se desenmascaría post ARF de la vía en cuestión

En síntesis para mí es un WPW con vía localizada medio o para septal derecha

Saludos cordiales

Juan José Sirena

---

Estimados,

Gracias por sus valiosas opiniones a: José, Mario, Andrés (informe premium), Christian, Gerardo, Luciano y Juan.

Quisiera hacer un comentario

...y es que si bien los datos clínicos y antecedentes son valiosos para el diagnóstico, una de las tareas de los cardiólogos es informar los ECG colocando un informe (a veces un diagnóstico concreto), firmando y sellando al pie, y muchas veces solo tenemos el trozo de papel delante nuestro.

Esto me da pie para seguir pensando, entre las opciones dichas por ustedes

....¿Qué informo en este ECG?

1. ¿una preexcitación ventricular, incluso máxima y sospecha de bloqueo AV?
2. ¿un bloqueo de rama izquierda?
3. ¿un infarto de cara inferior?
4. ¿alguna opción elegante cuyo mecanismo involucre lo anterior?

ya me estoy decidiendo por una.... ¡que tengan un lindo domingo!

Fernando Malpica Cervantes

---

Estimado Fernando creo que casi TODOS están de acuerdo que es un ECG que evidencia un WPW que presenta una conducción máxima por vía accesoría.

Es una imagen muy atípica para pensar en una necrosis inferior o un BRI ya que los empastamientos iniciales son los más importantes y el bucle se viene hacia adelante desde V2.

Lo que menciona Mario de que puede existir un trastorno de conducción AV es lógico de pensar; pero está en manos del especialista que lo controla su posterior estudio y tratamiento.

Creo que el informe que yo realizaría sería descriptivo:

Ritmo sinusal, con una frecuencia de 72 latidos por minuto, segmento PR corto, complejo QRS con una duración de 140 msec con empastamientos iniciales con una pseudoimagen tanto de necrosis inferior como de BRI, que impresionan corresponder a una conducción máxima por vía accesoría (WPW).

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Buen día, en diástole. No pude ver la opinión de Andrés.

Creo que tiene una necrosis inferior por tener criterio 3 de Sgarbossa discordante (ST/QRS > 0.25) e imagen de QRS mellado en esas derivaciones.

(En un paciente de 70 años "asintomático").

Veó onda delta isodifásica en V1. Concuerdo que teniendo onda Delta (+) en D1 y aVL la vía es derecha y siendo (-) en cara inferior es posteroseptal derecha.

Pero siendo isodifásica en V1 podría ser posteroseptal izquierda endocárdica, con estimulación auricular la onda "r" de V1 no debería alterarse.

En principio pensé en una vía en vena cardíaca media con la imagen de pseudonecrosis inferior, pero la morfología de V1 debería ser polifásica.  
El EEF debería hacer diagnóstico.  
Perdón por lo extenso, y opinar luego de los Maestros del Foro.

Saludos cordiales

Juan Carlos Manzardo

---

Fernando,

El único diagnóstico que se puede hacer del ECG es una preexcitación máxima debido a una vía localizada en el lado derecho, más precisamente en la cara inferior del anillo tricuspideo. La ubicación inferior hace que "simule" una necrosis inferior. La despolarización precoz del VD por el haz anómalo hace que "simule" un BRI. Esto es lo que explicó muy bien Isabel.  
Solamente cuando desaparezca la preexcitación (si alguna vez ocurre), se podrá analizar correctamente el QRS basal.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Amigos,

Gracias Isabel, Mario y JC por sus opiniones, la verdad considero que este es un buen ECG para aprender, especialmente para los más jóvenes y para todos. Bueno, es una vía anómala AV, fíjense que el PR es prácticamente inexistente tanto que la P casi no se ve de lo fusionada que esta con el QRS, y de allí que Mario, Juan e Isabel sospechan que podría además haber un BAV.

Les ruego que no se vayan, tómense su tiempo...y sigamos un poco más...ya tenemos el diagnóstico pero falta el manejo del caso,

1. ¿qué maniobras tanto invasivas o no invasivas podríamos hacer para saber si tiene o no BAV?
2. en el caso de tener BAV, ¿es mejor dejarlo con la vía? ¿es mejor ablacionarlo? ¿otro manejo?

Saludos a todos

Fernando Malpica Cervantes.

---

Buenos Dias Fernando,

En forma no invasiva se pueden hacer maniobras vagales y taquicardizantes para ver si se puede lograr bloqueo de la vía accesoria y poder así desenmascarar la conducción o bloqueo en la vía normal. Todo depende de los periodos refractarios y velocidad de conducción en las dos vías y de cómo interactúan entre ellas (Linking).

Durante un estudio electrofisiológico las cosas son más fáciles. Podemos comparar el grado de preexcitación durante marcapaseo desde la aurícula derecha versus marcapaseo a la misma longitud de ciclo desde la aurícula izquierda. Si el grado de preexcitación cambia, existe conducción por la vía normal aunque esto no define que segura será para mantener conducción 1:1. Luego podemos marcapasear las aurículas a longitudes de ciclo progresivamente más cortas para ver si podemos alcanzar el período refractario de la vía accesoria y ver si hay conducción por la vía normal. Algo similar se puede hacer introduciendo extraestímulos. La limitación de esto es que muchas veces el período refractario en el nódulo A-V es más largo que en la vía accesoria y no se puede ver la conducción que ocurriría si no estuviese presente la vía anómala. Finalmente lo más seguro es inducir una taquicardia ortodrómica lo cual prueba 100% conducción

anteroógrada. También se puede inducir fibrilación auricular para ver si algunos latidos conducen por el nódulo AV.

Saludos

Mario D. González