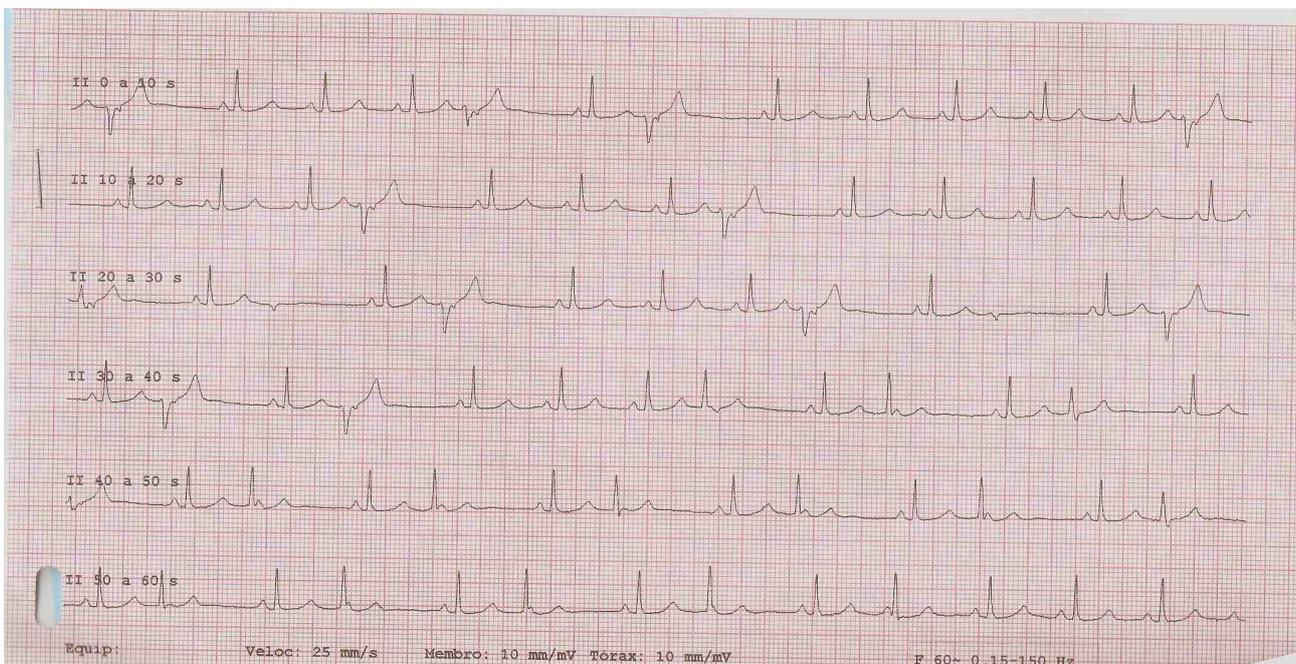


ECG preoperatorio de paciente asintomática – 2011

Dra. María Licia Cury

Prezados Drs
Envio-lhes este ECG para discussao
Paciente assintomatica, em rotina de pre-operatorio.
Grata

Maria Licia Cury



OPINIONES DE COLEGAS

Professor, observamos nos traçado, ectopias com QRS largo com condução retrógrada, extrassístoles juncionais e ondas P bloqueadas simulando BAV do segundo grau (**concealed conduction**).

Conclusão: Concealed junctional extrassystoles. O diagnostico é importante porque pode imitar BAV do segundo grau .

Raimundo Barbosa Barros

Estimado Dr. Perez Riera.
Mi humilde opinión.

Un trazo continuo en DII largo,
1er trazo: comienza con una EV. No es un complejo ancho, es decir de > 120 ms pero tiene en oposición el vector del QRS y la Onda T. Existe una Q o S predominante y una

Onda T positiva, además que no tiene onda P precedente, intervalo de acoplamiento fijo. Opino que estos complejos adelantados, extrasistólicos son ventriculares. Los tres siguientes complejos son sinusales le siguen un bigeminismo ventricular.

2do trazo: EVs

3er trazo: después del segundo complejo ya en el TP existe una Onda P (extrasístole supra bloqueada) que no conduce, la cual puede haberse originado cerca del Nodo AV pues es negativa en DII. Luego de esto las mismas EVs.

4to trazo: 2 y 4 complejos son ventriculares con las mismas características del trazo 1.

Complejos 8 y 10 son ESV(extra supra) pues la morfología de este complejo adelantado es similar al ritmo de base, no esta precedida de P pero es probable que tenga retroconducción.

5to trazo: bigeminismo supraventricular.

6to trazo: Bigeminismo supraventricular con sus respectivas pausas compensatorias.

Muchas gracias

Dr. Pablo E Hurtado N
Cardiólogo

Estimados colegas. Mi ponencia. DII largo,

1 y 2 trazo: 11 extrasístoles ventriculares (fascicular posterior) no onda P, QRS en límite, pausa compensadora, eje izquierdo, acoplamiento fijo) uniformes a veces bigeminados diferente a los próximos.

3 trazo: comienza extrasístoles SV aberrado diferente a los siguientes que no se distingue bien y luego dos extrasístoles auricular bajo bloqueados

4 trazo: dos complejos igual al trazo 1. El 8 y 10 son ESV de la unión a veces con conducción retrógrada variable

6 trazo: Bigeminismo supraventricular igual al 4 y 5 trazo y un latido de fusión de la unión.

Benjamín Uribe

Estimados María y Andrés, el trazado que han mandado es uno de los más lindos que he visto en el foro,

Creo que se trata de extrasístoles unionales con conducción retrógrada auricular y anterógrada ventricular que lo hace con distintos grados de aberrancia de la hemirrama anterior cuando el intervalo de acoplamiento es menor a 480 msg y con conducción normal cuando es mayor, en algunas oportunidades la extrasístole solo conduce retrógradamente (P negativa aislada). Además hay extrasístoles más tardías que permiten salir al ritmo sinusal que aparece al final de los QRS extrasistólicos y por consiguiente sin la P negativa, pero que asimismo generan una pausa post extrasistólica, esta, la tendría que explicar por algún fenómeno mecánico (tipo contracción sincrónica de A y V, que de alguna manera retrase la despolarización sinusal siguiente) puesto que desde el punto de vista electrofisiológico, no tendría porqué retrasarse este estímulo, ya que el Nodo sinusal no fue afectado.

En fin espero el resultado del análisis de los otros colegas

Un abrazo

Enrique Retyk

Distinguidos y brillantes colegas, una breve opinión,

Observo en el trazo disociación de la actividad auricular con los QRS, en relación a latidos ectópicos y prematuros de probable origen nodal.

También observo en la tercera línea un extrasístole auricular no conducida.

A su vez veo QRS anchos de morfología diferente al de base también prematuros en relación probablemente a ectópicos ventriculares de un foco común todos?

Espero la importante respuesta de los colegas del foro.

José Hurtado
Venezuela

Estimados

A mi modo de ver son extrasístoles de la unión AV con y sin disociación AV.

Además se observan extrasístoles de la unión con conducción bloqueada hacia los ventrículos.

Jorge Castilla

Estimados .

Mi opinión al respecto,

Parasitología auricular (de la unión AV) que dependiendo de su ligadura o intervalo interectópico (que es VARIABLE entre 440 y 580 ms) se conduce:

1- a ventrículos con aberrancia (HbAI) cuando el intervalo es de 440 ms y retroconducción AV (ondas P negativas que suceden al QRS)

2- y conducción normal a ventrículos cuando el intervalo de acoplamiento es de 580 ms sin retroconducción, con ondas P sinusales bloqueadas (encuentran refractario a ventrículo)

Su mecanismo posiblemente sea exaltación del automatismo

Pronóstico benigno

Manejo de acuerdo a síntomas con supresión de estimulantes

Saludos

Juan José Sirena
