

ECG de paciente asintomático de 34 años – 2010

Dr. Arnaldo Escobar

Estimado Doctor:

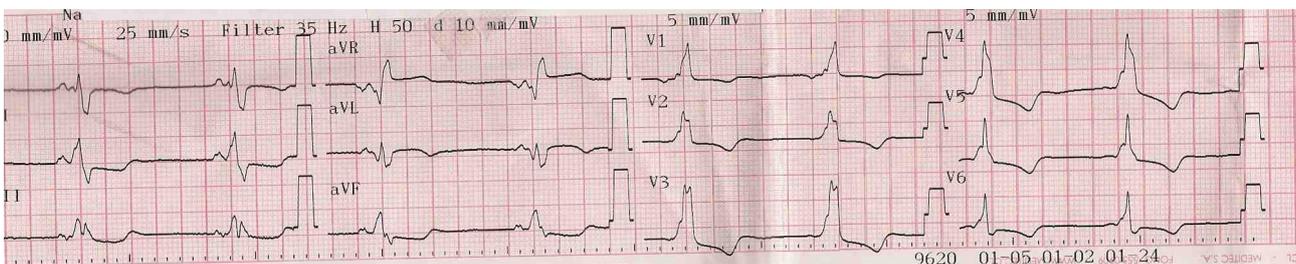
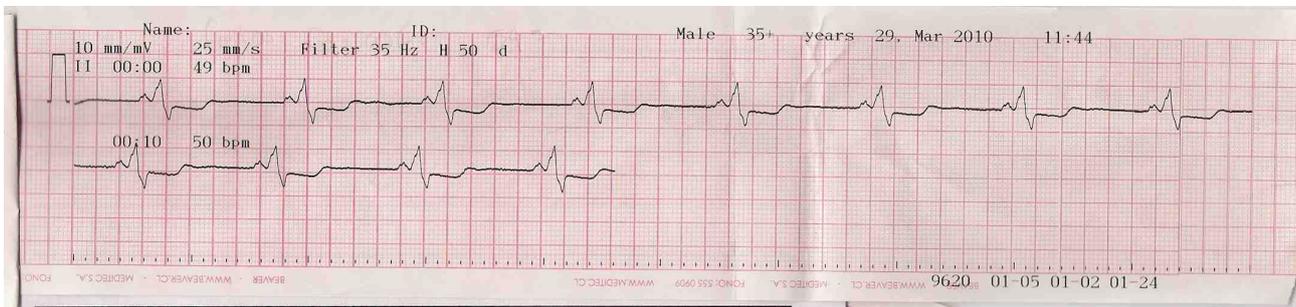
Solicito presente este caso al foro para su discusión, se trata de un paciente de 34 años, sin antecedentes, asintomático, Ex Físico s/p, que consulta solicitando un certificado de apto físico que le exigen en el gimnasio.

Paciente me trae un ECG (se los adjunto) y datos de laboratorio que son normales.

¿Cuál es la impresión diagnóstica de los colegas y que conducta tomarían respecto a la emisión del certificado?

Atte,

Dr. Arnaldo Escobar



OPINIONES DE COLEGAS

¡Qué hermoso caso Dr Escobar!

Se trata de WPW con via lateral izquierda.

Le pediría una prueba de esfuerzo para ver comportamiento de la via (34 años asintomático).

Si desaparece con esfuerzo a baja carga puede realizar ejercicios sin restricción.

Si no desaparece: no le daría el apto hasta que vea a un electrofisiólogo, y le ablacionen el Haz.

Pregunta: ¿quién cree que el paciente tendrá BRD luego de ser ablacionado?

Adrián Baranchuk

Estimado Dr. Escobar este es un WPW con conexión ventrículo izquierdo pósterolateral Si este joven es empleado de banco y hace como recomendo Perón a los trabajadores, de trabajo a casa y de casa al trabajo, no haga nada, pero si es aviador o jugador de futbol o aún refiere recomendaría la ablación.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Hola a todos: estoy completamente de acuerdo que se trata de un WPW y de vía lateral o póstero-lateral izquierda, también de acuerdo con la ergometría, ahora en un paciente de 34 años asintomático y sin antecedentes, ¿por qué tiene esa onda P que sugiere SAI? (duración en DII y negatividad en V1) además que si bien hay una prologación del QRS por vía anómala también lo hay en las fuerzas finales y sospecho que eso es por BCRD previo respondiendo a la pregunta del Sensei. Le realizaría también ecocardiograma y un control tensional domiciliario y MAPA.

Ignacio Retamal

Querido Ignacio:

¿Y serología para Chagas no le harías?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

El paciente presenta un haz que impresiona lateral o ánterolateral izquierdo, ya que la onda delta es positiva en cara inferior y comienza negativa en aVL. También creo que tiene un BRD subyacente, porque presenta R "empastada" en DI, aVR y V6. Este retardo en las fuerzas finales del QRS no se justificarían por la preexcitación.

Trataría de evaluar el periodo refractario anterógrado de la vía en forma no invasiva (PEG), si no se observa desaparición de un latido a otro y en todas las derivaciones durante la PEG, le haría un estudio electrofisiológico y eventual ablación.

Gustavo Fava

Estimado profe: (Disculpe si lo llamo así) Perdón por la omisión, si le realizaría la serología, aunque verdaderamente no tengo una idea firme sobre como sigue la discusión de tratamiento antiparasitario en Chagas crónico (Si es Chagas ya tendría alteraciones en ECG)

Se que se realiza sin duda en el agudo y por lo que tengo entendido la evolución de la fase indeterminada en personas jóvenes que se trataron con beznidazol 5mg/kg/día o nifurtimox 7 a 10 mg/kg/díapor 60 días es mejor y con menos complicaciones que en los no tratados. Pero con un no muy buen porcentaje de efectos adversos (aunque no graves) También tengo claro que después de este comentario voy a recibir un parporrazos (vivo en córdoba!!!!) pero conociendo su experiencia en Chagas los mismos serán bienvenidos. Un fuerte abrazo

Ignacio Retamal

Estimado Maestro:

Me impresiona que se trataría de una vía ánterolateral izquierda, debido a onda delta positiva en DII, DIII y aVF (ciertos autores citan lateral izquierda superior); más que lateral

izquierda estricta.

Por otro lado la presencia de BRD podría reconocerse cuando existe enlentecimiento dirigido anteriormente y hacia derecha en la porción terminal del complejo QRS (expresado aquí por R alta en V1, RsR' en V2 y V3 y S empastada en V6). Conclusión: creo humildemente en un BRD subyacente como usted ha preguntado.

Un abrazo,

Jorge Palazzolo

Estimados colegas: estoy de acuerdo en descartar Chagas, me impresiona que un simple ecocardiograma y doppler se aclaran muchas cojeturas. ¿CAI? Diametro y funcion del VI y VD. De paso descarta CIA.

Sino va a terminar con una RMN para descartar ARVD (cosa que no me impresiona tenga).

¿De donde llego un WPW a tratamiento antiparasitario tan rápido? sin ofender a nadie please.

Concuerdo con ergometría y ver comportamiento del WPW como ya relataron. Eso es lo académicamente correcto.

¿Si fuera yo el paciente? ¿a esa edad? me lo ablaciono sin pensarlo, me gusta jugar al fútbol tranquilo los fines de semana.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Querido Ignacio:

So pena que Adrián no lea mi mensaje porque lo acuse de "demasiado largo", quiero agradecerle profundamente, en lugar de aporrearle porque me das pié a introducir algunos conceptos referentes a la Enfermedad de Chagas.

Primero:

Luego de un año de discusión y basados en frondosa bibliografía disponible, el 20 de marzo pasado concluyó un Consenso Internacional en el que decidimos desterrar de la nomenclatura el NEFASTO concepto de FASE INDETERMINADA.

A partir de ahora aceptamos (aunque desde todos los tiempos fue así), todo paciente con serología reactiva tiene CARDIOPATIA, riesgo de MUERTE SUBITA y es responsabilidad de nosotros los cardiólogos poner en evidencia manifestaciones precoces de compromiso miocárdico. Y ese compromiso viene por el lado de la DISAUTONOMIA (dispersión del QT, alteraciones de la variabilidad de la FC) vinculados a que esta parasitosis ES UN MODELO DE ENFERMEDAD CORONARIA con angiografía normal, pero con alteraciones manifiestas de DISFUNCION ENDOTELIAL. Aquellas alteraciones disautonómicas donde predomina el componente simpático, son causa de las arritmias tan frecuentes en estadios más avanzados o causa de MS en las fases más precoces, donde es común en nuestro campo escuchar decir "se murió de lo bien que estaba"

El tratamiento antiparasitario sólo es UN ASPECTO del abordaje de estos pacientes y no está demostrado aún en forma fehaciente que modifique la evolución natural hacia las formas más avanzadas de cardiopatía. Si es de tu interés, en otro momento te explico lo del tratamiento antiparasitario

Pero mi intención es transmitirte a vos y a todos los colegas, que debemos desplazar de nuestra mente y de nuestra concepción, el punto de vista meramente PARASITARIO hacia un punto de vista EMINENTEMENTE CARDIOLOGICO donde pongamos el foco en estas dos cuestiones, presentes probablemente en niños de 1 año o menores: la disautonomía (vinculada a la presencia de anticuerpos anti receptor muscarínico) y la disfunción endotelial.

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Bibliografía

1. Rigou D; Gullone N; Carnevalli L y col Chagas asintomático. Hallazgos electrocardiográficos y ecocardiográficos. Med 2001; 61: 541-544
2. Migliore R; Adaniya M; Tamagusuku H y col Evaluación de la función diastólica en la enfermedad de Chagas mediante Doppler tisular pulsado Medicina 2003; 63: 692-696
3. Mitelman J; Gimenez L; Romero Villanueva H y colab Electrocardiografía de alta resolución para la detección de alteraciones funcionales miocárdicas en Chagas indeterminado. Tem. de Cardiol. 2004; 5: 9-12.
4. Andres DS ; Mitelman J Irurzum M; Defeo MM y colab Analisis de la fracción de la variabilidad de la frecuencia cardiaca en el diagnostico precoz de la disautonomia chagastica Relampa 2005 (19) ;14-16
5. Gimenez L; Mitelman J; Gonzalez C; Borda E y colab Anticuerpos antirreceptores autonomicos , alteración de la variabilidad de la frecuencia cardiaca y arritmias en sujetos con enfermedad de Chagas. Rev Argent Cardiol 2003; 71: 109-113
6. Acquatella H, Catallioti F, Gómez Mancebo J y col: Long-term control of Chagas' disease in Venezuela: effects on serologic findings, electrocardiographic abnormalities and clinic outcome. Circulation 1987; 75: 556-562.
7. Rodriguez Salas L; Kleine E ; Acquatella H y colab Echocardiographic and Clinical Predictors of Mortality in Chronic Chagas' Disease Echocardiography 2007 ([15](#)) [271-277](#)
8. Detección no invasiva de lesiones miocárdicas subclínicas en pacientes con infección chagastica crónica. Chiale P; Galperin J; Groppa L; Vallaza M Rev Argent Cardiol 1997 (65) 70-75
9. Almeida JW ; Yasuda MA, Amado Neto V y colab Estudio de las formas indeterminadas de la enfermedad de Chagas por electrocardiografía dinámica Rev Inst Med. Trop 1982; (24): 22-29
10. Molina Ar; Carrasco GA; Milanes A. La prueba de esfuerzo en la miocardiopatía chagastica crónica su valor en el diagnóstico precoz. Arq Bras. Cardiol 1981(L36) :95-106
11. Pinho Ribeiro A; Costa Rocha M. Forma indeterminada de doença de Chagas. Considerações acerca de diagnóstico e do pronóstico. Rev. Soc. Bras. de Med Trop 1998 (3): 301-314
12. Nuñez Burgos A; Palacios K, Gimenez L y col Rol de la Ergometría y el Ecocardiograma en la Reconsideración del Paciente Indeterminado. Rev. Fed Argent de Cardiol 2007; 36 N° 2: 021
12. Mitelman J, Gimenez L, Gonzalez C y Col. Asociación entre disfunción endotelial por prueba de isquemia braquial con eco Doppler Braquial y factor de Von Willebrand en la enfermedad de Chagas. Rev Argent Cardiol 2001; 69: 274-279
13. Redruello M, Masoli O, Perez Baliño N y col Endothelial dysfunction in Chronic Chagas disease. Assessment with 99 mTc sestamibi Spect cold pressor test and intracoronary acetylcholine. J Necl. Cardiol 2003; 10: 9-26
14. Mitelman J, Gimenez L, Palacios K y col. Anticuerpos antirreceptores a neurotransmisores y su correlación con la alteración de la dispersión del QT y de la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Reblampa 2006; 19: 408-415
15. Quiros FR, Morillo CA, Casas JP, Cubillos LA, Silva FA. Disautonomia en la Enfermedad de Chagas. 2º Simposio internacional de Chagas en Internet 2002 6º Congreso virtual FAC

16.Simoes y col.JACC Cardiovascular Imaging 2009-Feb. [2\(2\) 164-172](#).

17.Vinicius Marcus.J.A SOC. Ecocardiography.2002.pag 1197-1201.

Martin

¡Relájese hombre!

¡Es un paciente ASINTOMÁTICO!

¿Quién le va a hacer una RNM?

¡Nadie piensa en eso!

Si Ud tiene un WPW asintomático a los 34 años, una PEG donde la preexcitación desaparece de un latido a otro (como señaló Fava), ¿para qué se va a hacer una ablación que conlleva un riesgo de 0.5-1% de complicaciones graves?

Lo que me preocupa, no es que se haga Ud mismo (Ud es dueño de su cuerpo y sus decisiones) pero me dolería que se la recomandase a sus pacientes. lea de nuevo las recomendaciones sobre WPW asintomático (no en niños, sino en adultos!)

PS: guiar nuestras conductas basados en conseguir NUESTRA TRANQUILIDAD, es un pecado imperdonable (aunque admito que todos somos pecadores, ¿verdad Luciano?)

Largo...pero lindo.

Estoy terminando una revisión de tratamiento antiarrítmico en Chagas y puse:...*during the so called undetermined phase (major efforts are being done to eliminate this terminology as autonomic dysfunction occurs in early stages)*...

Espero estar en sintonía con nuestros "chagólogos".

para Ignacio: el protocolo del BENEFIT (tratamiento antiparasitario en la mal llamada fase indeterminada) fue publicado en Am J Cardiol 2008.

Salud

Adrián Baranchuk

Gracias, Adrian por "aprehender" tan rápidamente un concepto clave para la comprensión de la enfermedad!

Y aviso que el Dr. Carlos Morillo que conduce el BENEFIT será orador en una Mesa Redonda de Chagas en el Congreso de FAC de Rosario del 22 al 24 de mayo y que hablará sobre es ensayo clínico.

Yo seré uno de los comentaristas de esa mesa

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Dr Adrian: para ser breve, le explicaría a mi paciente el buen pronóstico de su vía accesorio, que si corta bruscamente en la ergometría tiene muy buen pronóstico, le explicaría que existe un procedimiento con el 1% de complicaciones serias y tendría en cuenta su opinión, creo se merece el derecho de conocer los pro y contras. Y que el mismo es curativo en caso de resultar exitoso.

Yo no mando a mis pacientes, comparto con ellos las decisiones.

Conozco y me guío por las recomendaciones. Pero son recomendaciones no la biblia.

No indicaría la ablación de cualquier vía accesorio que encuentre, y no defiendo el lema de vía encontrada vía ablacionada.

Pero si creo en respetar el derecho del paciente de conocer las alternativas y más en un paciente joven. Pappone en su serie incluyó menores de 35, creo bien se merece conocer sus alternativas.

Un abrazo

Martin Ibarrola

¡Vamos!

Conciso, al punto, justo, con bibliografía.

¡Así se hace, Martín!

No tengo dudas que Ud es un buen espadachin!

Comparto sus opiniones en un 100%

Para vía accesoria, 34 años ya no es tan joven, el riesgo baja un 100% (de 4% anual a 2% luego de los 20 años).

Salud

Adrián Baranchuk

¡Cuánta disparidad en la localización de la vía!

Desde pósterolateral izquierda a ánterolateral....

Me encantaría que cada uno revise su diagnóstico, lo modifique o reconfirme y diga por qué adhiere a uno u otro.

Mi voto es por izquierda, obviamente, pero anterior (R en derivaciones inferiores). No estoy seguro de que sea septal o lateral.

Merecería ablacionarse para sacarnos de la duda.

Creo además que quedará con BRD, que no tiene nada que ver con la preexcitación.

Una sugerencia (que seguramente, como toda idea brillante ya la propuso alguien antes):

¿Por qué no ubicar las vías según la hora (vía a hora 3, 6, etc) en vez de ánterolateral, pósteroseptal, etc. A su vez derechas o izquierdas. La hora cero podría ser el His y la 6 el seno coronario (o discutir qué valor asignarle). Sería sencillo decir ablacioné con el catéter a hora 5 izquierda.... OJO! estoy hablando de relojes con agujas, no los digitales!!!

Un abrazo

Benjamín Elencwajg

Anterior izquierda

Carlos Rodríguez Artuza

Humildemente, sigo sosteniendo que se trata de una vía ánterolateral izquierda y que quedaría un BRD luego de la ablación. Gracias maestro Benjamin por formar parte del foro, e iluminarnos como tantos otros. ¡Qué sueño sería tenerlos a todos juntos reunidos y conocerlos!!!!

Un abrazo

Jorge Palazzolo (Mendoza).
