

Tetralogía de Fallot y arritmia en joven de 28 años – 2018

Dr. Mario D. González

Quisiera compartir un caso interesante que estudiamos la semana pasada.

Es un paciente de 28 años con Tetralogía de Fallot.

Tuvo reparación quirúrgica intracardiaca a los 9 años.

Hace 8 años se le reemplazó la válvula pulmonar con una prótesis pericárdica de 25 mm.

Durante la misma cirugía se le realizó ablación en la aurícula derecha (no conozco los detalles) por episodios frecuentes de aleteo auricular.

Luego de la cirugía desarrollo disfunción del nódulo sinusal y se le colocó un marcapasos.

Si bien la función ventricular izquierda estaba preservada hasta el año 2014, la fracción de eyección se ha reducido progresivamente y ahora es del 30% con deterioro de su capacidad funcional. A raíz de esto se le colocó un desfibrilador subcutáneo.

Me derivaron el paciente porque sospecharon que su arritmia podría ser la causa de la progresiva disfunción ventricular.

El primer ECG es en reposo y muestra la arritmia. Algunas P son marcapaseadas.

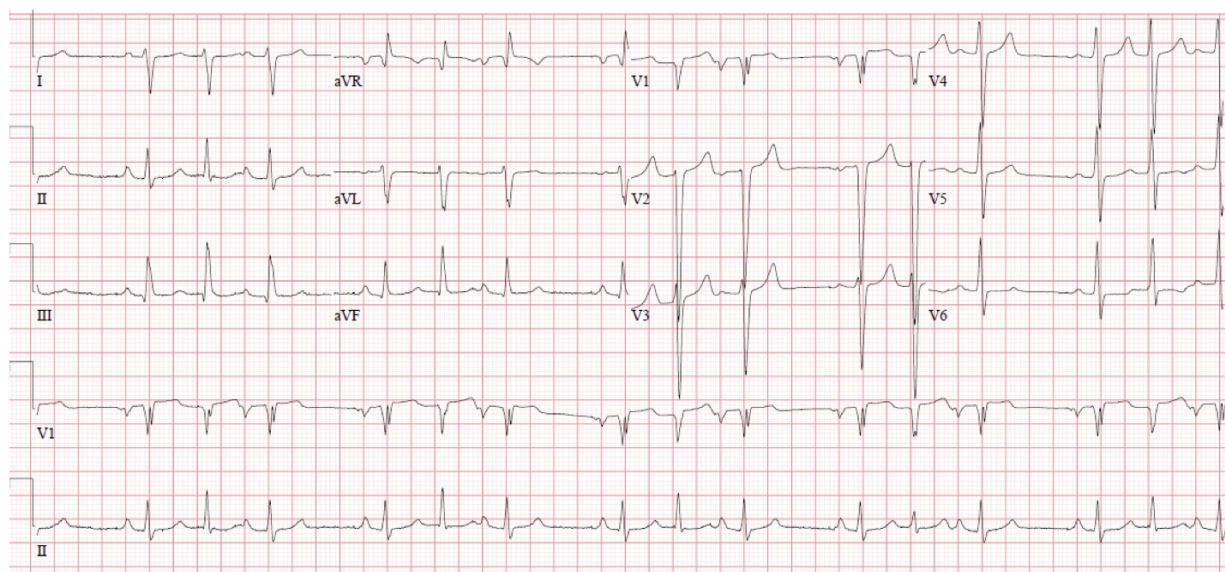
El segundo ECG fue obtenido al comienzo del estudio electrofisiológico.

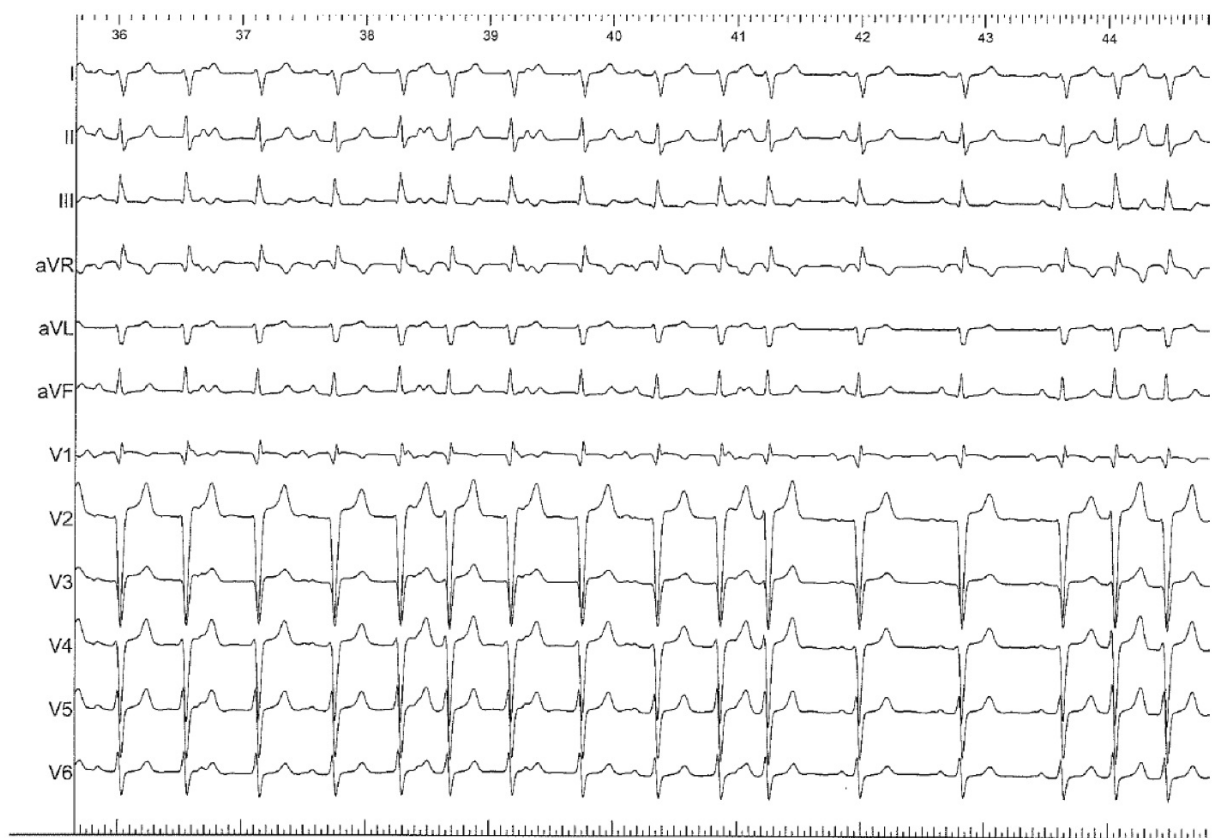
El tercer trazado se registró durante una prueba de esfuerzo.

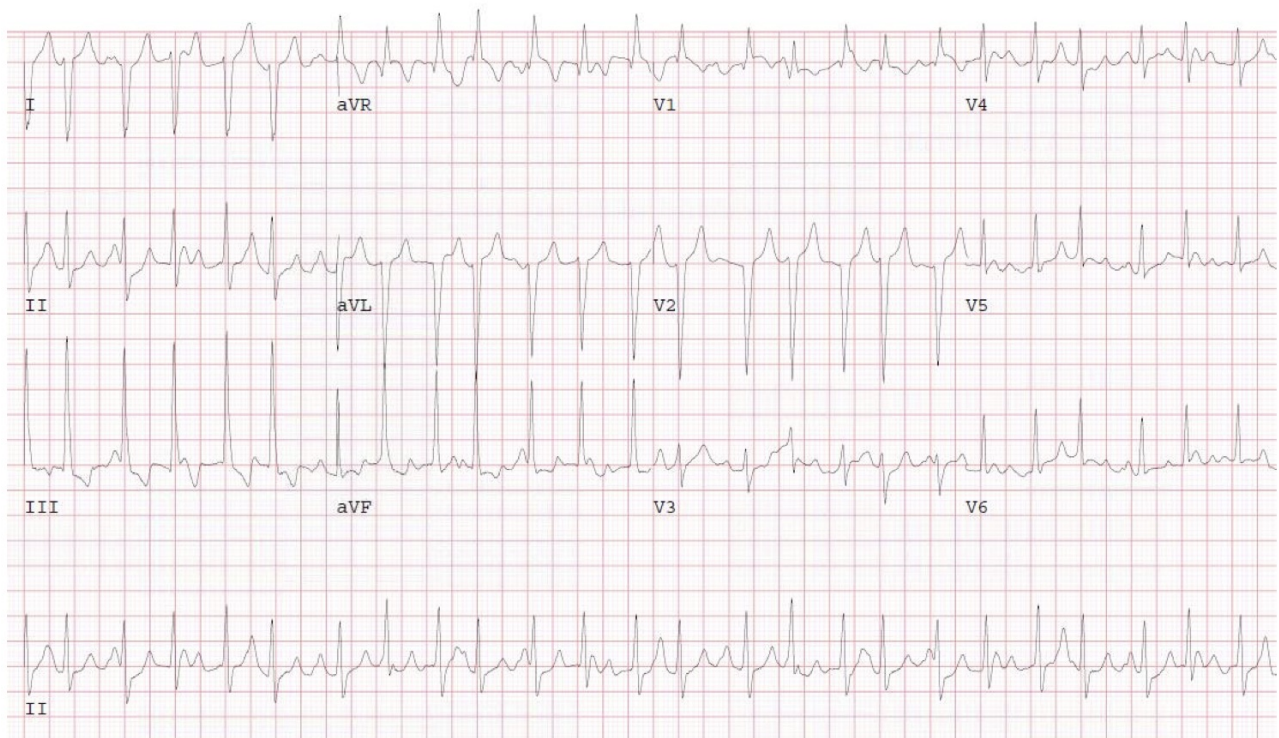
A ver qué les parece!

Saludos,

Mario D. Gonzalez







OPINIONES DE COLEGAS

Hola Mario,
 ¡Qué lindos trazados!
 Hace pocos días vi un paciente clínicamente similar pero sin esta arritmia
 Con respecto al trazado creo que presenta doble vía nodal y frecuentes episodios de
 pasaje doble (una P, 2 QRS).
 Cuando hace la prueba de esfuerzo, el aumento de la frecuencia genera que algunas
 ondas P parezcan con PR corto pero conducen al QRS siguiente.
 Bueno esto es lo que me surge de una mirada rápida.
 Gracias por compartir

Enrique Retyk

Hola
 En el ECG1 impresiona una Pseudo bigeminia por conducción de doble vía nodal.
 Un latido sinusal genera 2 QRS. De acuerdo con Dr. Retik

ECG 2 doble vía nodal alterna por momentos con conducción por sólo una vía con BAV 1º
 grado. Se observa claramente la polaridad de P similares

ECG 3 impresiona flutter auricular
 Además, como los anteriores, eje a la derecha por SVD

Saludos

Juan José Sirena

Hola Mario! Muchas gracias por el caso que es muy bonito.

El primer ECG presenta un ritmo sinusal; con una onda P que impresiona como de agrandamiento AD.

En el trazado la primera onda P va seguida de 2 complejos QRS; uno con un segmento PR casi normal y el otro muy largo; por lo cual uno pensaría en doble vía nodal.

La segunda onda P se relaciona con un solo complejo QRS con un PR en límite superior de lo normal; el segundo complejo QRS no se evidencia probablemente por bloqueo 2:1 (de la vía con conducción lenta)

El complejo QRS rota en forma horaria en el plano frontal con un eje aproximadamente en los 120° (agrandamiento del VD). Llama la atención en este trazado que los complejos QRS con PR más cortos presentan un mayor trastorno de conducción en las regiones medio pósterio septales del VD que casi desaparecen en el latido con PR más largo (mejora la conducción ventricular de la zona o empeora por un bloqueo 2:1 de la activación de la misma).

El segundo ECG: el ritmo es un poco más complejo. Empezamos con una onda P con dos complejos QRS; el segundo complejo QRS conduce retrógradamente hacia la aurícula por la vía rápida y baja nuevamente por la lenta; este fenómeno repite y el latido que sube hacia la aurícula puede bajar por la vía lenta o la rápida.

El tercer ECG que presenta una FC más rápida no puedo identificar el ritmo; no descarto de que presente un aleteo auricular.

Atte

Isabel Konopka

Estimados amigos:

Arriba: estimulación atrial (60 lpm), doble respuesta ventricular debida a la doble vía nodal (AV 1:2); en algunos latidos, se bloquea la vía lenta

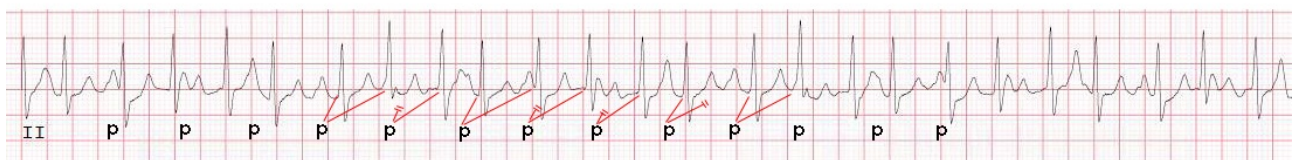
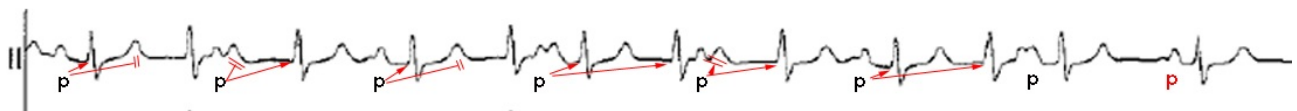
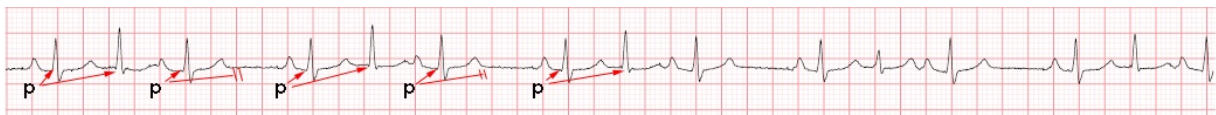
Centro: en ocasiones, se bloquea la vía rápida

Abajo: Durante la prueba de esfuerzo, se incrementa la frecuencia sinusal, respuesta AV 1:2, se bloquean en forma alternativa e intermitente la vía rápida o la lenta

Gracias Dr. González por compartir este lindo caso

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

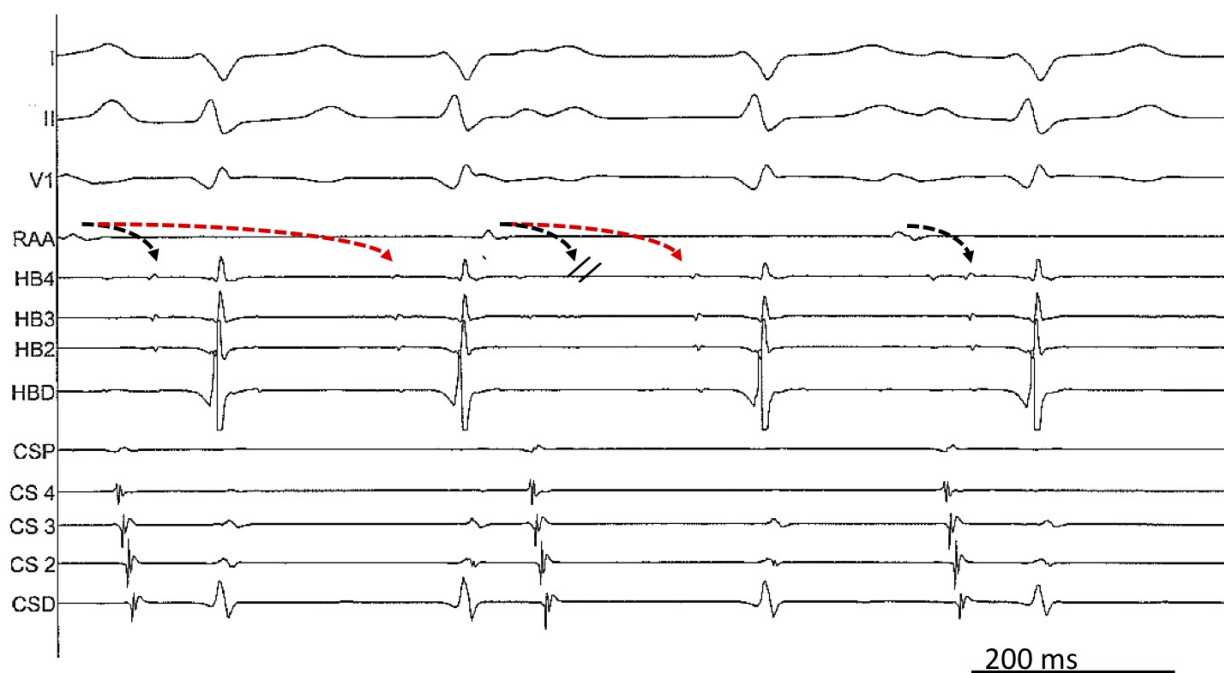


Muchas gracias por las excelentes interpretaciones de los trazados que hicieron Enrique Retyk, Juan José Sirena, Isabel Konopka, y Oswaldo Gutierrez. Gracias Oswaldo por el diagrama que facilita enormemente la interpretación de la arritmia. Agrego el registro intracavitario.

El paciente no tenía conducción retrograda V-A con lo cual no se producía "resetting" del nódulo sinusal y explica porque algunos latidos sinusales se bloqueaban en la vía rápida y solo conducía por la lenta. Además, por la ausencia de conducción retrograda aún con isoproterenol, no se pudo inducir reentrada nodal.

La ablación eliminó la conducción por la vía lenta con la desaparición de la doble respuesta. Esperamos que ahora mejore lentamente la función ventricular.

Saludos,
Mario D. Gonzalez



Apreciado Mario
Como siempre tus casos son tremendamente aleccionadores
Gracias y un abrazo

Chamia Benchetrit

Gracias Chamia!
Me alegra mucho que varios integrantes del FIAI hicieron el diagnóstico correcto cuando se les escapó a especialistas de una institución "famosa" de EEUU.

Un abrazo,
Mario D. González