

# Joven de 22 años que concurre para certificación de práctica deportiva - 2011

Dr. Daniel Osvaldo Gutiérrez

Estimado Dr. Edgardo:

Por tu digno intermedio mando al FORO el caso de este joven de 22 años que concurre para certificación de práctica deportiva:

DP: FL – Sx: Masc. PC: 107,500 KgrH: 1,82 mts.

Ex.CV.:P: 54x'TA: 90/60 mmHg

**AUSC.:** R1 y R2: S/P no R AGREGADOS – SOPLO SISTÓLICO 3/6 irradiado a la axila que no cambia al pasar del decúbito dorsal a la posición de sentado en el cicloergómetro. No precisa desde cuando tiene el soplo y refiere que alguna vez le dijeron que lo tenía, no parece tener antecedentes de FR.

**AEA:** Nunca ha tenido desmayo o síncope ni haber padecido arritmia.

**AHF:** Su padre sí ha tenido en dos oportunidades arritmia que lo llevaron a consultar por Guardia sin que se llegara a un diagnóstico y no tiene para traerme los exámenes complementarios que le efectuaron, estos episodios sucedieron por la noche y lo despertaron.

Le efectúo la PEG (5 deriv.) y en el ECG previo al ejercicio no se ve con claridad la imagen que presenta en el ECG de reposo que adjunto:

**Ex. Compl.:ECG (25-4-11):** R: Sinusal FC: 56' \* Bradicardia Sinusal \* Trastornos de conducción Intraventricular tipo Bloq. Incompleto de Rama Derecha y/o ¿Brugada? – Aumento sectorial de tamaño del Ventrículo Izquierdo. \* Presencia de onda "U".

El Test Ergométrico es con cicloergómetro, con el siguiente protocolo: se comienza con 300 Kgrm. aumentándose en forma progresiva 300 Kgm por cada carga.

FCMx: 198 x'FCSMx: 168 x'

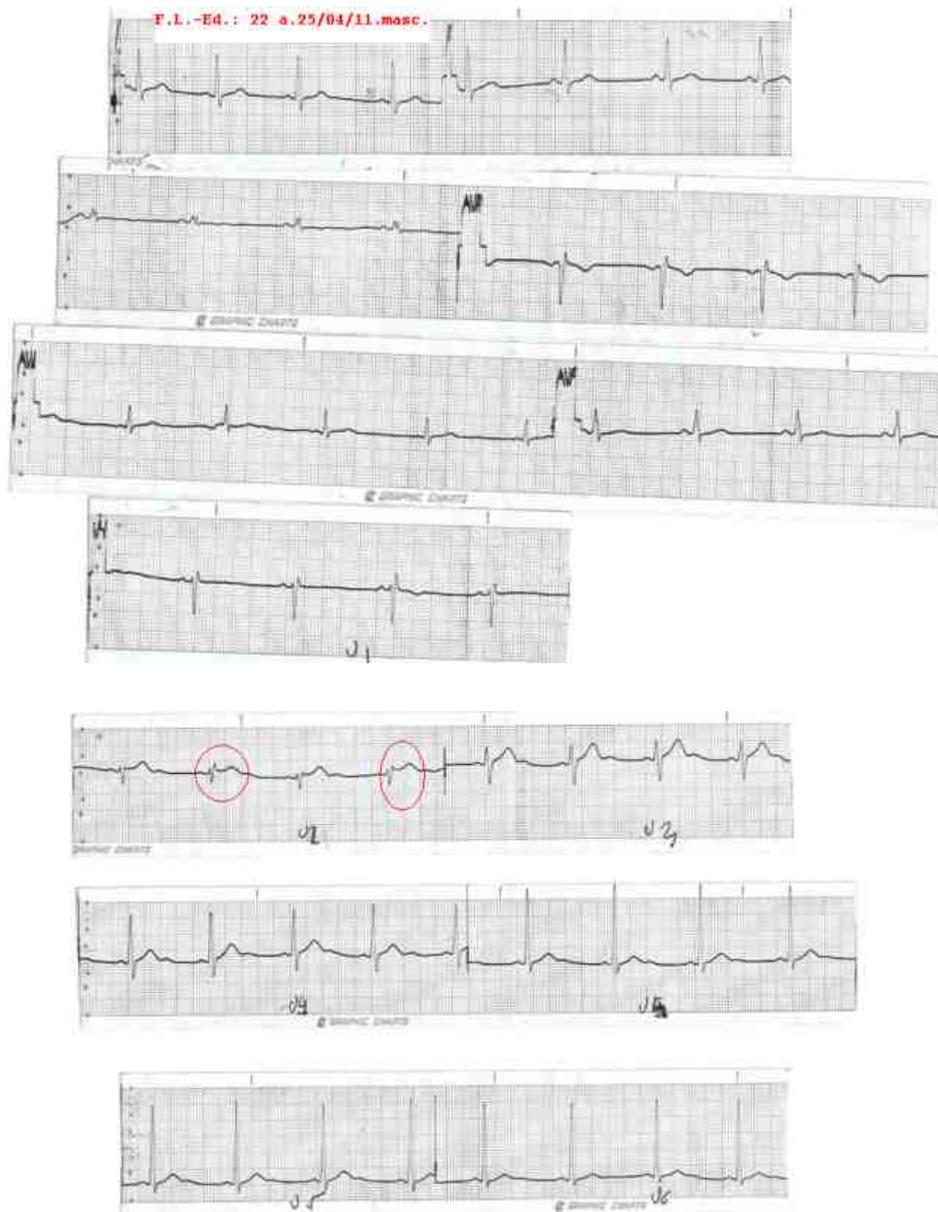
ECG R: Sinusal FC: 54 x' \* Bradicardia Sinusal \* Resto ver informe del ECG de reposo..

Tolera 1200 Kgm sin síntomas, con adecuado comportamiento de la TA y sin cambios ECGs

DOBLE PRODUCTO: 16.250

DETENIDA: POR NO DISPONER DE MÁS CARGAS

### ECG Basal



EI TRASTORNO DE CONDUCCIÓN INTRAVENTRICULAR NO SE HA MODIFICADO POR EL EJERCICIO.

Le he pedido un ECOCARDIOGRAMA BD DOPPLER.

PREGUNTAS:

- (1) ¿REUNE CRITERIOS PARA BRUGADA?
- (2) ¿DEBE AUTORIZÁRSELE LA PRÁCTICA DEPORTIVA (RUGBY)?
- (3) ¿SON VÁLIDOS LOS ANTECEDENTES PATERNOS?

Daniel Osvaldo Gutiérrez

---

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Daniel Osvaldo

Gracias por enviar tu caso y compartirlo con nosotros.

Creo que antes de adentrarse en el análisis del ECG, hay que desmenuzar un poco el examen físico que presentaste. Un soplo sistólico 3/6 es SIEMPRE algo serio y a tener en cuenta.

Sabrás que mi semiología aprendida en la escuela del Htal Ramos Mejía de Buenos Aires, se ha erosionado con el paso del tiempo y la inclinación a la super-especialidad, pero me gustaría hacer algunas consideraciones y que los clínicos me perdonen (Martín debe estar afilando el colmillo):

Soplo sistólico 3/6 irradiado a axila. La irradiación a axila, inmediatamente hace suponer un origen Mitral, y al ser sistólico, de tipo regurgitativo. Diagnósticos presuntivos en alguien SIN FR?

- a. Prolapso de válvula mitral
- b. Válvula redundante
- c. Ruptura de cuerda tendinosa o MP (sin ICC, muy raro, no?)
- d. Movimiento anterior sistólico (SAM) asociado con miocardiopatía obstructiva (sin embargo el ECG no lo sugiere...)

En los soplos 3/6, los viejos maestros nos pedían:

- a. ¿Tiene frémito?
- b. ¿Tiene Click?

c. Es sistólico-diastólico (¿Machinery? ¿ductus persistente?)

d. ¿Qué sucede con maniobras dinámicas (Valsalva o Hand grip): si al aumentar la post-carga aumenta el soplo, eso indica SAM y posiblemente HOCM.

5. ¿Cómo se escucha en foco pulmonar y tricuspídeo (¿no es un soplo derecho?) ¿No se droga el paciente verdad, no tiene Insuf tricuspídea? Si lo tiene de hace mucho, ¿no tiene estenosis pulmonar?

Yo quisiera saber mas de la clínica del soplo y eventualmente el resultado de Ecodoppler

Respecto al ECG, no me me impresiona Brugada y lo único que haría son precordiales altas y bajas (Lewis) para ver si el patrón permanece o se modifica.

Haría el ecodoppler, vería los resultados y luego decidiría sobre práctica deportiva, pero es el SOPLO la limitante, no el ECG.

Salud y aguardo escuchar a los que saben

Adrián Baranchuk

---

Espectacular revisión del maestro semiólogo (aunque modesto) Adrián.

Electrocardiográficamente no observo nada que pudiera contraindicar la realización de ejercicios físicos en este joven (y menos un Brugada). Si tuviese un PVM como causa del soplo, tampoco le contraindicaría ejercicios de competencia, a menos que tuviese una insuficiencia mitral importante. Creo que lo que habría que definir con precisión a través del ecocardiograma es si lo autorizamos para ejercicios de alta competencia o no.

Saludos.

Luciano Pereira

---

Estimado Dr. Gutierrez sumando a lo claramente expresado por el Dr Adrian me llama la atención de su descripción del EF que los ruidos cardíacos son normales, no refiere chasquido sistólico, la irradiación del soplo a axila me hace sospechar de un prolapso de valva posterior mitral.

No presenta síntomas no padece arritmias, y tampoco signos ECG de CAI (Crecimiento auricular izquierdo).

El padre probablemente padezca de apneas del sueño.

En el ECG ningún hallazgo que contraindique la práctica deportiva.

¿Ud sospecha de alguna valvulopatía? ¿Cuál y por qué esto?

Mis cordiales saludos. Martin Ibarrola

Estimado Dr Gutiérrez

Sumo mi opinión:

1- Por la clínica y el soplo sistólico de regurgitación (no especifica si es pansistólico o meso sistólico y si hay presencia de click mesosistólico ) pienso en insuficiencia mitral leve moderada

Si hay soplo sistólico tardío con click mesosistólico ----- ¡**prolapso de válvula mitral,**

¿Cuál valva? ----- **Anterior** (el prolapso de valva posterior el soplo tiene irradiación a mesocardio)

Al no haber cambios con la posición (sentado disminución de precarga, disminución de volumen cavidad, mayor grado de obstrucción y mayor intensidad del soplo **no orienta a una M.C. hipertrófica simétrica**

Como dice Adrian sería de interés maniobras que disminuyan la precarga (Valsalva ) o aumenten la post carga (hand grip ) y ver variación de intensidad del soplo,

2- en relación al ECG

No me impresiona Brugada,

Sí un disturbio de conducción de rama derecha que puede presentarse en un deportista como variante normal hasta en un 20 %, **compatible con ECG de atleta**

No me impresiona SVI por lo que de haber insuficiencia mitral hablaría de **IM leve** asociada.

3- por lo tanto le realizaría un ecodoppler y analizaría:

¿hay valvulopatía? ¿alteración estructura valvular (RPA, LES, etc)

¿etiología

¿mecanismo?, si es céntrica o excéntrica y gravedad o cuantía (determinación del área del jet, ancho de vena contracta, ORE)

¿cómo está la AI y VI?

el mismo me orientaría a o descartaría una valvulopatía ,

pero por la clínica y el ECG

no pensaría en insuficiencia mitral moderada o severa por prolapso de valvula mitral, ni MHO

tampoco en ruptura de cuerdas (el cuadro de presentación hemodinámico es más dramático

Si es una insuficiencia mitral es leve (¿degeneración mixomatosa?

En síntesis mi impresión es de un ECG **normal para un deportista asociado a una insuficiencia mitral leve**

¿Esta situación le impide realizar deportes?

Si el eco no demuestra alteraciones significativas lo liberaría para el mismo ,bajo controles cercanos y eventual profilaxis de EI

UN abrazo  
Juan José Sirena