

Trazado ECG interesante de paciente del que se carece de datos clínicos

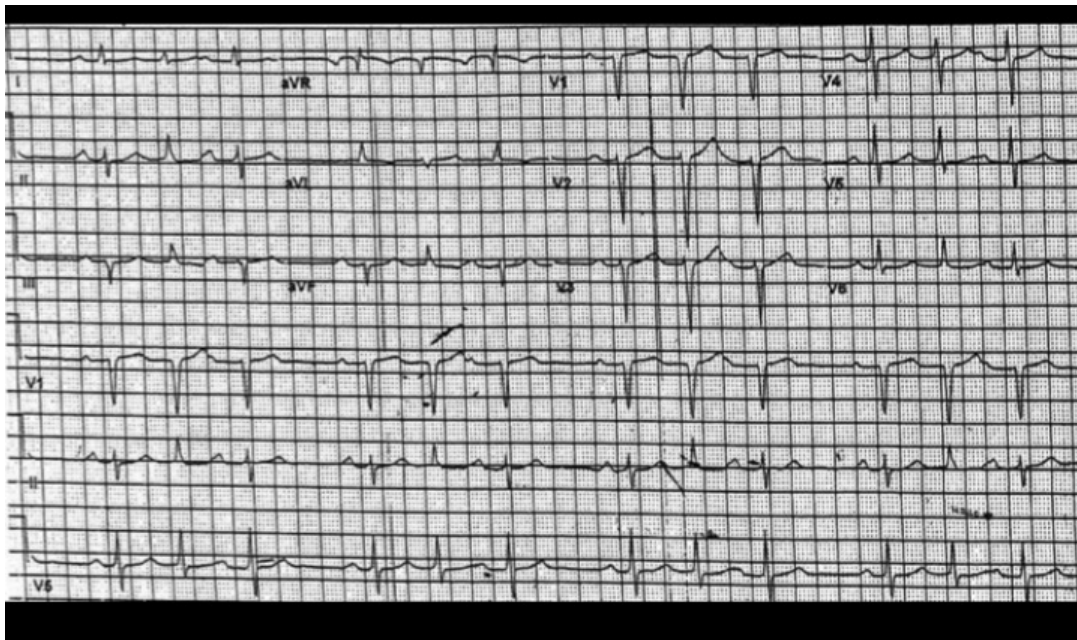
Dr. Juan José Sirena

Estimados amigos

Desearía sus valiosas opiniones acerca de este trazado

Abrazos

Juan José Sirena



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Juan José:

Presenta una bigeminia ventricular con BAV de primer grado y fenómeno de Wenchebach provocado por la EV precedente a la prolongación del PR.

No presenta ondas P bloqueadas y los RR de los latidos conducidos son regulares.

Una bigeminia ventricular que produce un retraso en la conducción AV, en un paciente que tiene un trastorno de la conducción AV de base, no retroconduce pero sí afecta la conducción AV.

Un abrazo grande

Impresiona más allá de que parece padecer una miocardiopatía con crecimiento auricular izquierdo.

Martín Ibarrola

Buenas noches Juan José

El ritmo parece ser bloqueo AV de segundo grado tipo Wenckebach (asteriscos rojos), PP constante, aprox 100 lpm (líneas rojas) en la imagen adjunta; sin embargo, llama la atención la morfología de la onda T (asteriscos azules, abajo): la primera T y la tercera no evidencian "contener" a la onda P; la segunda sí; esta morfología es bastante reproducible a lo largo de la tira de ritmo; y no se observa acortamiento del RR, compatible con Wenckebach.

Una hipótesis sería que la primera onda P genera 2 complejos QRS (uno por una vía relativamente lenta ($PR=0,22$ s) y el otro por otra vía muy lenta; en tal caso, la frecuencia sinusal sería 50 lpm (líneas azules).

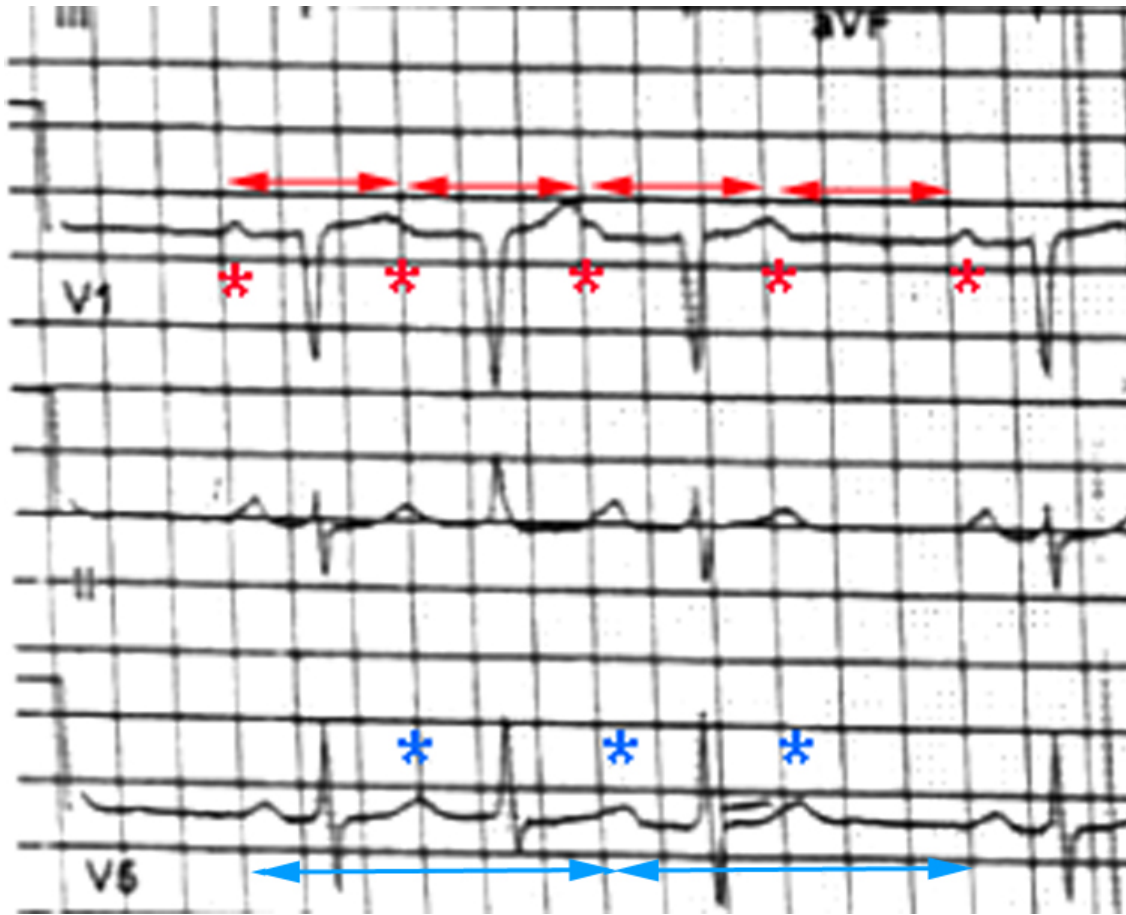
Estas hipótesis se pueden desenmascarar con maniobras taquicardizantes (ponerse rápido de pie o ejercicio si el paciente puede hacerlo) y bradicardizantes (compresión carotídea, adenosina)

La morfología variable del complejo QRS se debe a bloqueo intermitente de la división anterior de la rama izquierda (rS inferior y S más notable en V5-6, sin mayor variación en V1)

Muy interesante!

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez



Hola Juan José! Lindo caso que básicamente tiene un extrasistolia ventricular angosta que nace en la pseudobifurcación, donde se origina la rama derecha hacia la derecha del séptum y hacia la izquierda del séptum se termina de originar la división anterior de la rama izquierda. Por esta razón la EV tiene mínimo grado de BIRI (se ve bien en V1) y con eje a la derecha por hemibloqueo posterior mínimo (tiempo que tarda en llegar hasta la división posterior).

La periodicidad de la EV es una trigeminia interpolada, donde el primer latido postextrasistólico no tiene pausa compensadora. Por esta interpolación se prolonga el PR funcionalmente.

El PR basal está ligeramente prolongado 0.22 a 0.24, y podría ser fisiológico (habría que conocer la edad y la medicación).

Gracias por los casos lindos! Les deseo un buen finde prolongado.

Gerardo Nau

Buenos días. Mi impresión diagnóstica es similar a la de Martin.

El ECG basal presenta un ritmo sinusal; con una frecuencia de 50 por min. El segmento PR mide 240 mseg. Los complejos QRS muestran un patrón SI-SII-SIII, con rotación antihoraria en el plano frontal (no puedo hacer diagnóstico de HBAI); se observa un trigéminia interpolada; que me parece ventricular alta, originada cerca del fascículo anterior por lo cual simula un HBPI (este complejo presenta rotación horaria con un eje bien vertical). Este estímulo penetra el sistema de conducción a nivel retrógrado pudiendo producir una prolongación del PR en el latido posterior.

No creo que se trate de una onda P que origine dos complejos ventriculares porque tengo 3 segmentos PR distintos. Tampoco visualizo onda P previa a la extrasistole.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Hola Dr. Sirena,

Comparto lo que dijeron Martin, Gerardo e Isabel, así que simplemente te saludo y agradezco por un ECG precioso.

Abrazo,

Daniel Banina

Montevideo

Uruguay