

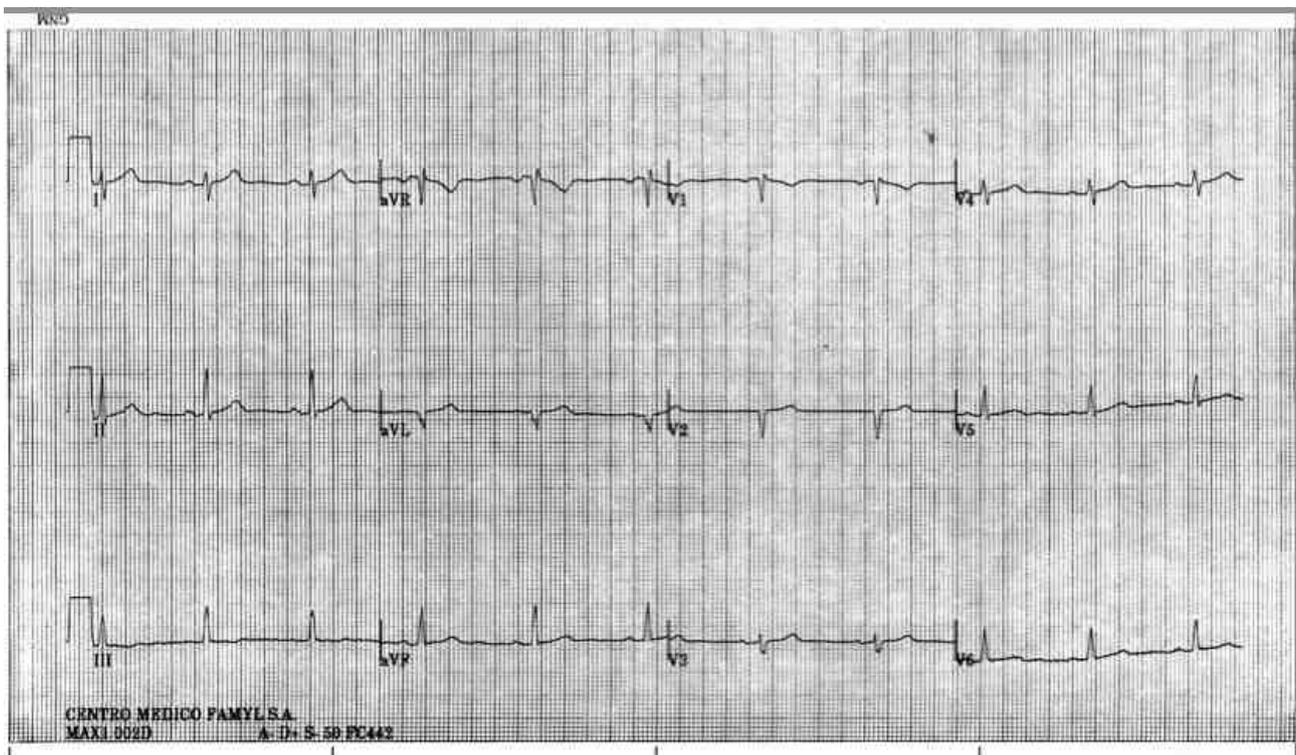
# Paciente deportista de 44 años, hipertenso – 2013

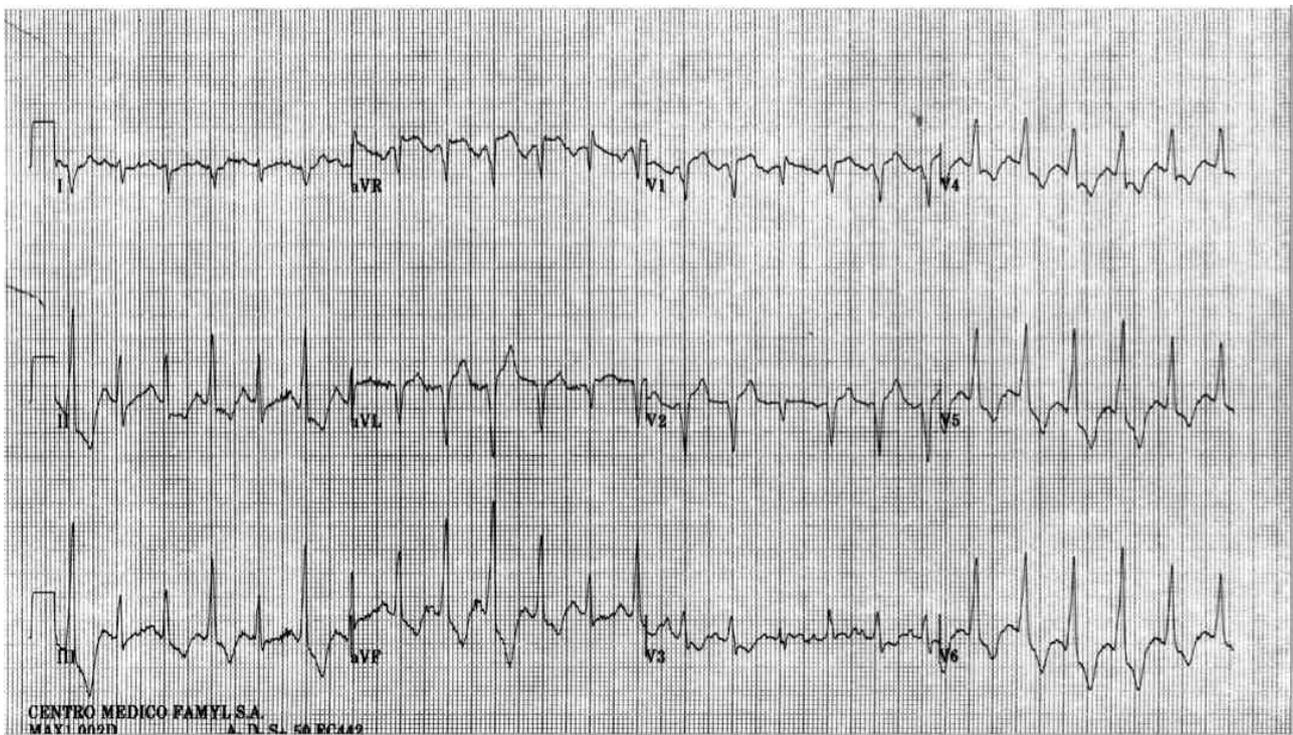
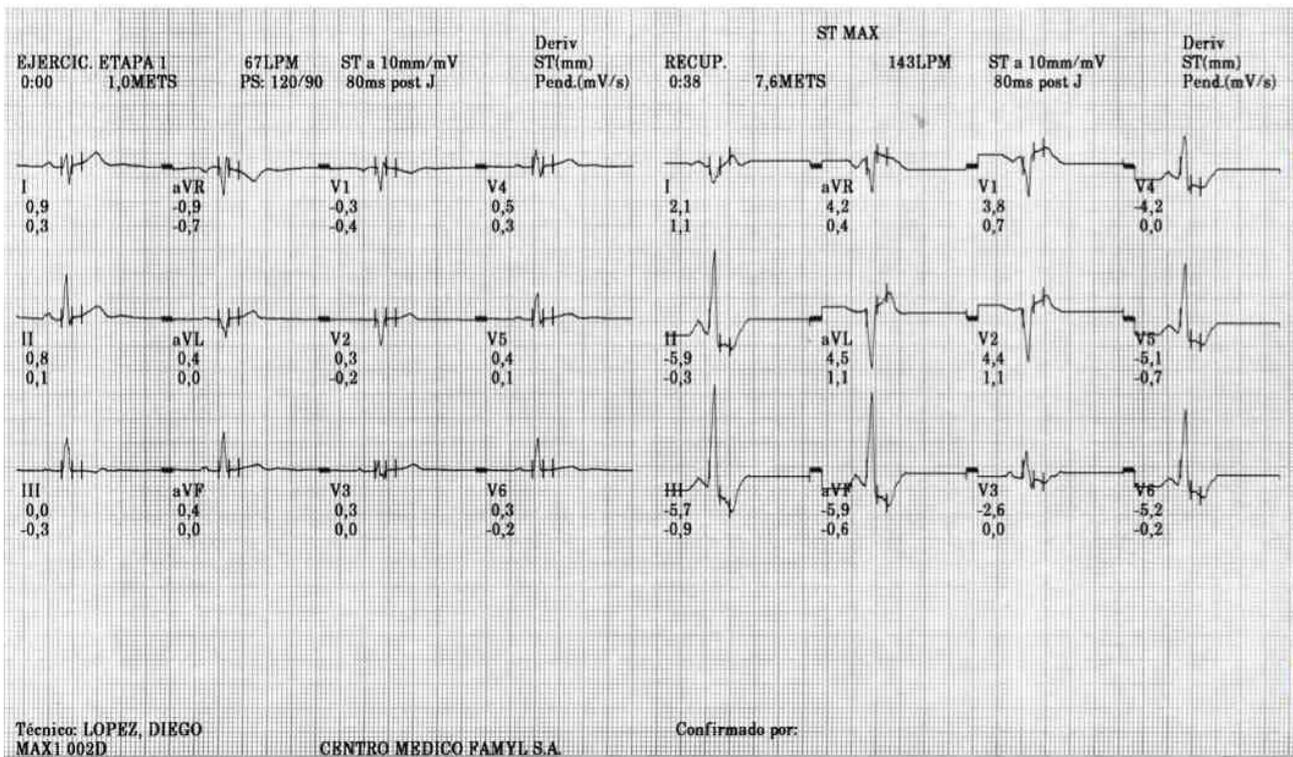
Dr. Luis Medesani

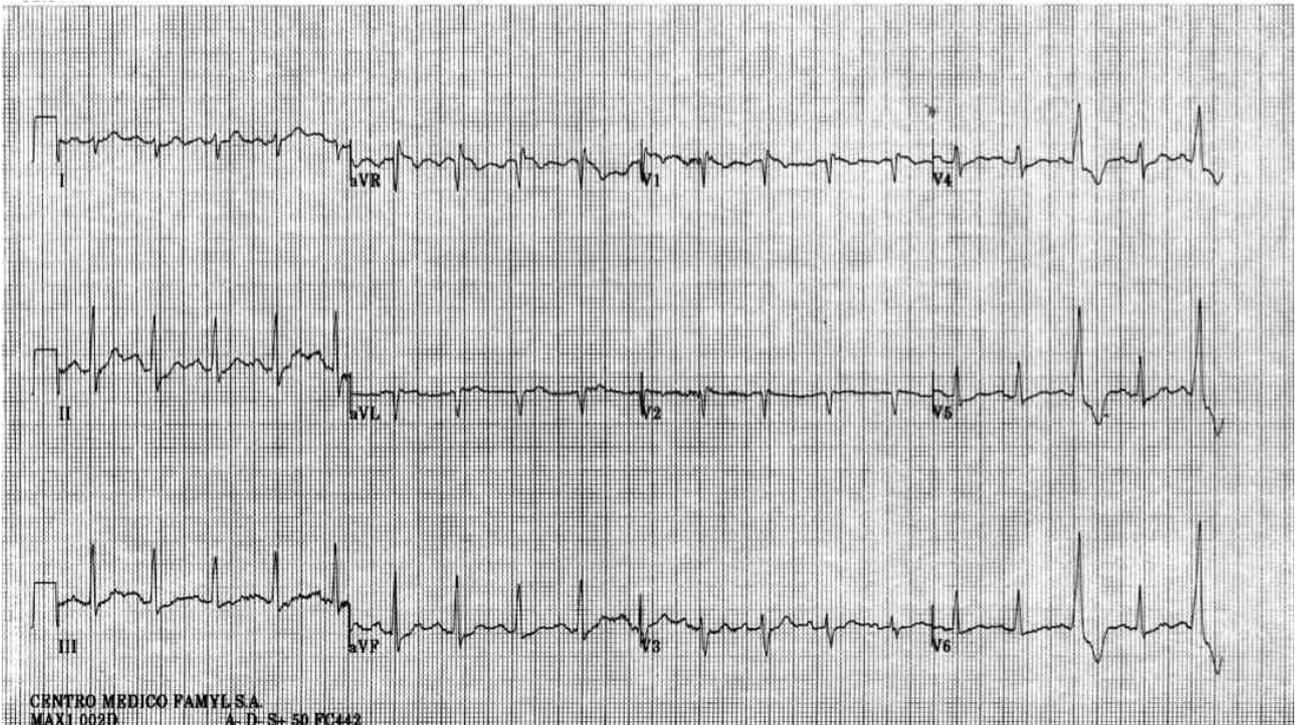
Me gustaria saber que opina el foro de estos registros.

Hombre de 44a. HTA tratada. Deportes regulares. Sin otros antecedentes. Eco Estrès 10.6 METS. Asintomático. Leve HTA basal y adecuado comportamiento en esfuerzo. FE normal.

Luis Medesani







---

## OPINIONES DE COLEGAS

Impresiona que existe un síndrome de preexcitación.

Cordialmente

Carlos Lavergne

Neuquen. Argentina

---

Opinión del caso del Dr. Medesani

¿El primer electro se registró acostado o parado? Parecería que se registró parado, debido a la desviación del eje frontal alrededor de +90 grados

Progresivamente en el segundo registro se observa una desviación más pronunciada a la derecha 100 grados.

El tercer trazado parece ser *rate dependent posterior hemiblock* pero si no fuera en el esfuerzo diagnosticaría *biventricular hipertrofia* V5 y V6 no es un patrón que acompaña posterior hemiblock, y podría ser un signo de sobrecarga sistólica o LBBB

El cuarto trazado podría ser un hemibloqueo intermitente posterior al descender la frecuencia cardíaca

De todos modos este no es un electro de hipertrofia basal.

Podría ser un LBBB con eje a derecha, muy rara combinación. Pero la depresión del ST y ondas T invertidas en DII, DIII, aVF, V5, V6 no es debido a isquemia sino secundaria a un trastorno de conducción.

De todos modos me parece muy joven para ser este trastorno de conducción sugiriendo un trastorno de conducción escondido que se hará evidente en el futuro, debido a un período refractario largo anormal.

Un fraternal abrazo y la discusión está abierta

Samuel Sclarovsky

---

Estimado Luis:

ECG: ritmo sinusal, frec 73x/min, eje QRS +90°, pQ 0,16", Qrs 0,06" (aproximado), QT 0,36", Qrsc: 0,49, falta R en V1, V2 (fibrosis anteroseptal), trastornos difusos de la repolarización ventricular.. En el ejercicio a 7,6 mets: ST supradesnivelado en DI, aVR, aVL, V1, V2, infradesnivelado en DII, DIII, aVF, V3, V4, V5, V6. Aumenta la onda R en DII, DIII y de V4 a V6, y se profundiza en aVR, aVL, V1 y V2. A la vez se acorta el PQ. En el post esfuerzo 1 aparece una taquicardia supraventricular con conducción aberrante y en el post esfuerzo 2 episodios de bigeminia. Signos de isquemia en cara lateral alta, posterior y anterior, síndrome de preexcitación.

Saludos

Eduardo. Quiñones

---

Hola Samuel: los trazados fueron tomados de pie, seguro, porque la onda P es totalmente negativa en V1 y V2. El diagnóstico aquí es entre extrasístoles y salvos de taquicardia ventricular o conducción intermitente por un haz anómalo (ya que se observan intervalos PR más breves cuando los complejos QRS son más aberrantes). Me inclinaría por el primer diagnóstico porque en algunos latidos con QRS aberrantes creo ver segmento PR y por otra parte, las fusiones variables también me inclinan a pensar en la misma posibilidad (si no debería admitir que existen cambios erráticos en el tiempo de conducción en el nódulo AV, porque no puedo inferir, con lo que muestra Luis, un bloqueo

periódico tipo Mobitz 1, que podría conducir a un fenómeno parecido). La morfología de los complejos QRS no me ayuda porque el paciente está de pie, pero diría que la ectopía se origina en el tracto de salida. Por el hecho de que el corazón está vertical no me arriesgo a decir de qué lado.

En nuestro libro de 2003 hay un artículo de Hein Wellens que muestra un WPW intermitente 2:1, que como bien dice Wellens en su descripción puede originar el diagnóstico erróneo de bigeminia ventricular.

Luis después me dirá si acerté o le erré, pero en cualquier caso es bonito para pensar y analizar. Creo que los dos elementos que mencioné son críticos para el diagnóstico (espero que después Luis no me muestre que ablacionó una vía accesoria....JAJAJAJJA

Un abrazo desde la lejana Buenos Aires, con gran afecto

Pablo A Chiale.

---

Estimados foristas en el caso del ECG obtenido en el estudio de ecoestres supongo que es realizado con ejercicio.

En el ECG basal presenta microvoltajes, con un eje a 100°, llamativo para un paciente deportista. El eje eléctrico lo interpreto por corazón en posición vertical, pero no encuentro explicación para los microvoltajes en un deportista. El PR es normal.

En los ECG referidos en la recuperación presenta desviación del eje eléctrico a la extrema derecha y latidos de fusión ventricular, el PR aún en los latidos con aberrancia se observa el PR normal, descarta el diagnóstico de conducción por haz accesorio.

En la grabación del primer ECG en canales 1, 2 y 3 simultáneos se observan latidos sin aberrancia en los cuales el segmento ST y onda T no presentan variaciones, todo lo contrario a los latidos conducidos con aberrancia y latidos de fusión ventricular. que interpreto como EV, luego al continuar el registro presenta una taquicardia ventricular monomorfa, latidos de fusión ventricular y disociación isorrítmica.

Por lo que mi interpretación es la de una TV originada en el TSVD o el SIV derecho en su porción alta. En corazón estructuralmente sano.

En el ECG 2 de la recuperación presenta supradesnivel del segmento ST en V1 y V2 y AVR y en las derivaciones V4 a V6 se observan dos EV con imagen de BCRI. Por lo referido pienso en isquemia en el territorio de la arteria descendente anterior.

Me gustaría estimado Dr Medesani si complementaron con otros estudios diagnósticos y sus resultados.

Un abrazo

Martín Ibarrola

Mi impresión diagnostica es la de una TV originada en el TSVD

---

Este trazado me lo envía un colega para ver qué me parece y mi respuesta fue que en mi opinión y a pesar que impresiona en algunos latidos una vía anómala, se trata de una TV del TSVD coexistiendo con una frecuencia sinusal alta en la ergometría, por lo que al estar ambos ritmos casi a la misma frecuencia se presta a la confusión. Los grandes cambios del ST medidos en el comparativo se observan por que mide el ST en la arritmia ventricular. En los latidos angostos en el máximo esfuerzo el cambio es mínimo. Coincido entonces con Pablo en una TV del TSVD inducida por el esfuerzo. También pienso que un haz anómalo con esta imagen debería ser derecho anterior o a lo sumo septal y es raro que no tenga preexcitación basal y la manifieste en el esfuerzo. Agradezco las opiniones. Si tengo más datos se los envío.

Luis Medesani

---

Estimado Dr. Medesani

¿Ud descarta que sean de origen isquémico en territorio septal alto? Presenta cambios luego en V1 y V2 con supradesnivel del ST.

Sin desmerecer al ecocardiografista no informa en el ecoestres trastorno de la motilidad septal, si presenta una TV con imagen de BRI debería presentar movimiento anormal del septum (paradojal tipo A) y esto no lo ha informado. Complementaria con otro estudio diagnóstico como estudio de perfusión.

Es deportista, debe haberse realizado múltiples ergometrías sin presentar EV del TSVD en el esfuerzo, ¿por qué motivo las presenta ahora y más relacionadas con el máximo esfuerzo?

¿Por qué piensa Ud que presenta TV del TSVD en esta etapa de su vida y no las presentó nunca previamente?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

---