

Colega de 34 años con presíncope – 2009

Dr. Jorge Luis Sotomayor Perales

Estimado Dr. Edgardo:

Reciba muchos saludos y siempre deseándole muchos éxitos en su vida profesional, pongo a vuestra disposición un ECG interesante: se trata de un paciente varón de 34 años, médico reumatólogo, sin antecedentes cardiovasculares, tampoco familiares, sufrió de TBC pulmonar con tratamiento completo. Hace 4 días después de un almuerzo copioso sufre palpitaciones taquicárdicas, disnea y angor y sensación de pérdida de estado de conciencia; inmediatamente es atendido en emergencia de nuestro hospital, llaman a cardiólogo de guardia quién obtiene el ECG que le envío, administra amiodarona EV revirtiendo a ritmo sinusal. Cabe señalar que se encontraba normotenso a su ingreso.

Pasada su condición aguda se le practica nuevo ECG que también le envío.

Asimismo ecocardiografía: FEVI 60%, Función diastólica normal, VD: 28mm, leve regurgitación tricuspídea, normotensión pulmonar, cavidades izquierdas en rango de la normalidad, Rx Tórax silueta cardíaca normal y patrón intersticial.

Su analítica de sangre revela normalidad así como su bioquímica sanguínea, electrolitos K: 3.1 resto normal, incluyendo Mg-

Nuestro Holter en desuso,

El lunes, el Cardiólogo a cargo del paciente le practicará una PEG.

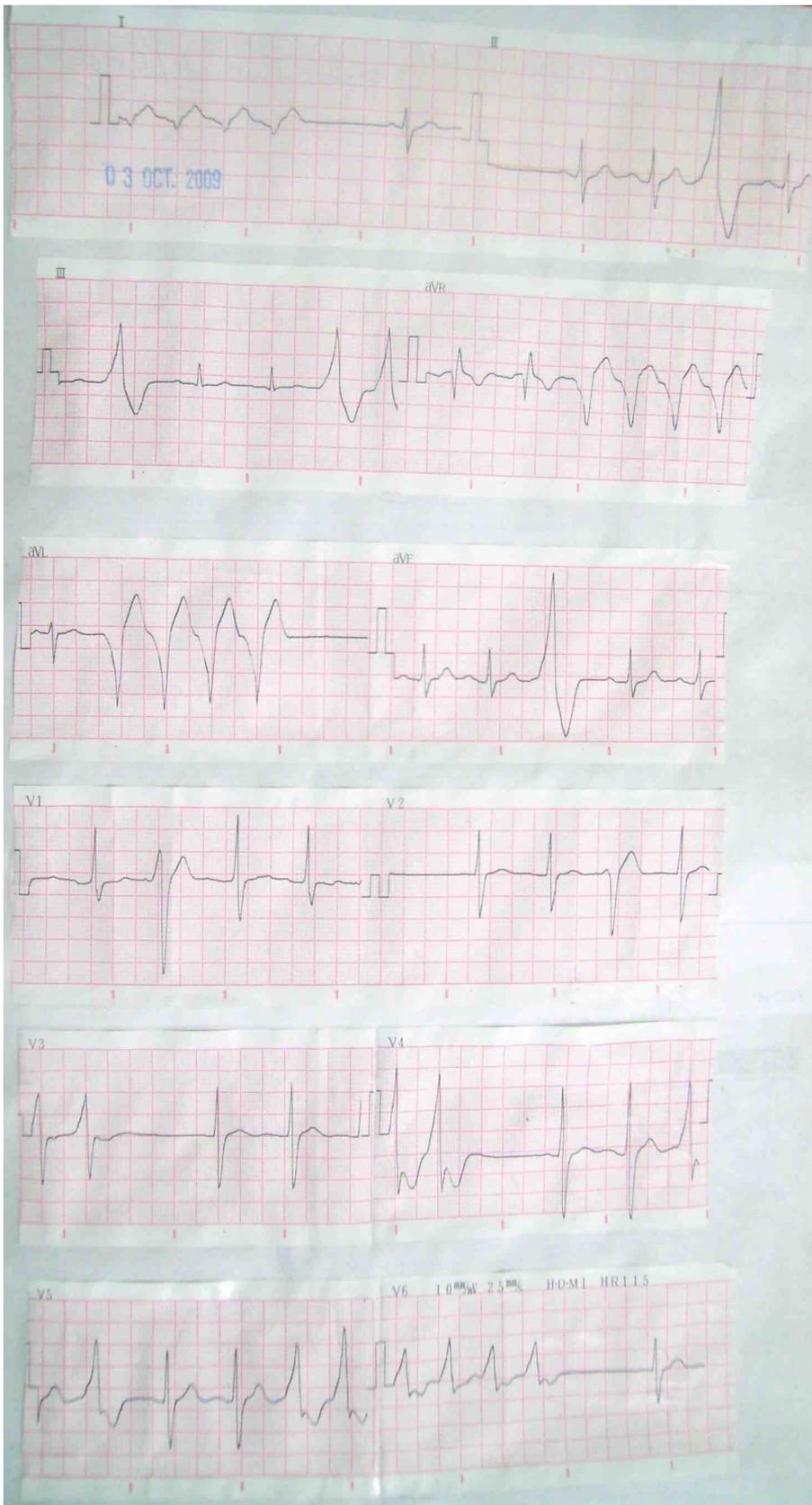
Al momento se encuentra asintomático y medicado con atenolol 50mg Qid,

¿Qué opinan acerca del caso?

Quisiera pedirles disculpas pues no se hizo DII largo.

Abrazos:

Jorge Sotomayor
Cardiologo
Hospital III EsSalud Juliaca – Perú



OPINIONES DE COLEGAS

Estimados colegas:

Saludos. Éste es un caso de extrasístoles ventriculares (TV) idiopáticas.

Según el ECG, hay un 50% de probabilidades de que el origen sea el TSVD, y un 50% el TSVI según la transición en V3. A pesar de que la ubicación de la derivación V2 no es correcta, observen la onda R en V1, y luego casi anulada en V2, y luego R más alta en V3.

Como el paciente es sintomático solamente por primera vez, y tiene FEVI preservada, entonces se recomienda la terapia farmacológica tal vez. PERO, yo realizaría un monitoreo Holter de 24 hs, para evaluar el conteo de estas extrasístoles ventriculares y reevaluaría sus síntomas. Una vez que tenga más de 10.000 extrasístoles ventriculares/24 hs, se debe considerar la ablación, y si es sintomático, entonces se indica la ablación por RF una vez más. Las extrasístoles ventriculares pueden ser sintomáticas por razones hemodinámicas, especialmente con intervalo corto de acoplamiento, puesto que esto puede llevar a latidos no efectivos.

Con respecto al tratamiento de elección para estos casos, no hay un consenso, pero yo empezaría con BB, especialmente sotalol si lo tolera, y si no, entonces la alternativa son agentes clase IC. No creo que la amiodarona sea razonable en un paciente joven, si tenemos en cuenta que es una enfermedad benigna y con un índice alto de efectos secundarios por la droga.

Raed Abu Sham'a, MD
Palestina

En mi modesta opinión son EVs del tracto de salida del VD

Cordialmente

Carlos Lavergne. Neuquén, Patagonia Argentina

Prezados Colegas do Fórum:

ECG de colega reumatologista com síncope hemodinamicamente estável, 34 anos, sem história cardiovascular anterior, sem fatores de risco, normotenso, enviado pelo nosso distinto companheiro de Fórum Dr.Sottomayor

Análise do ECG:

Ritmo Sinusal e irregular por extra-sístoles ventriculares e supraventriculares e episódios de taquicardia com QRS largo.

Frequencia Cardíaca Sinusal = 71 complexos pm - Frequencia da taquicardia = 135 complexos pm

Duração das ondas do ritmo sinusal: P = 0,08 QRS = 0,06 PR = 0,20

Eixo Elétrico : SÂP = 60° SÂQRS = 60° SÂT = 60°

Rs em V1 e RS de V2 a V6 (Forças proeminentes anteriores)

Extra-sístoles supra-ventriculares com condução aberrante V1 e V2

Extra-sístoles ventriculares DII, DIII e AVF

Episódios de taquicardia com QRS largo não sustentada (4 complexos)

registrados em DI, AVR, AVL e V6 com Frequencia de 135 complexos pm

Observa-se P sem dissociação e impressão de onda d nos episódios de taquicardia com QRs largo

Esta é minha pequena, humilde e ousada opinião, diante dos mestres dos quais aguardamos lições.

Dr. Adail Paixao Almeida Bahia – Brasil
