

Varón de 57 con taquiarritmia supraventricular – 2013

Lic. Javier García Niebla

Paciente de 57 años que consulta por palpitaciones de larga data. Como antecedentes personales relevantes presenta: Dm2 con complicaciones metadiabéticas, taquiarritmia regular de complejo estrecho de unos 4 años de evolución, etiquetada de flutter con conducción 2:1.

Intervención a los 15 años de defecto de tabique auricular tipo ostium secundum, e intento de ablación de la arritmia que no fue efectivo. actualmente sigue tratamiento con: dabigatran 150 mg 1-0-1, bisoprolol 5 mg 1-0-1, digoxina 0.5 mg 0-1-0. ha seguido tratamiento con amiodarona y carvedilol sin lograr control de frecuencia ventricular.

¿Cual es el diagnóstico electrocardiográfico?

¿Cómo podemos controlar la frecuencia ventricular?

Un saludo

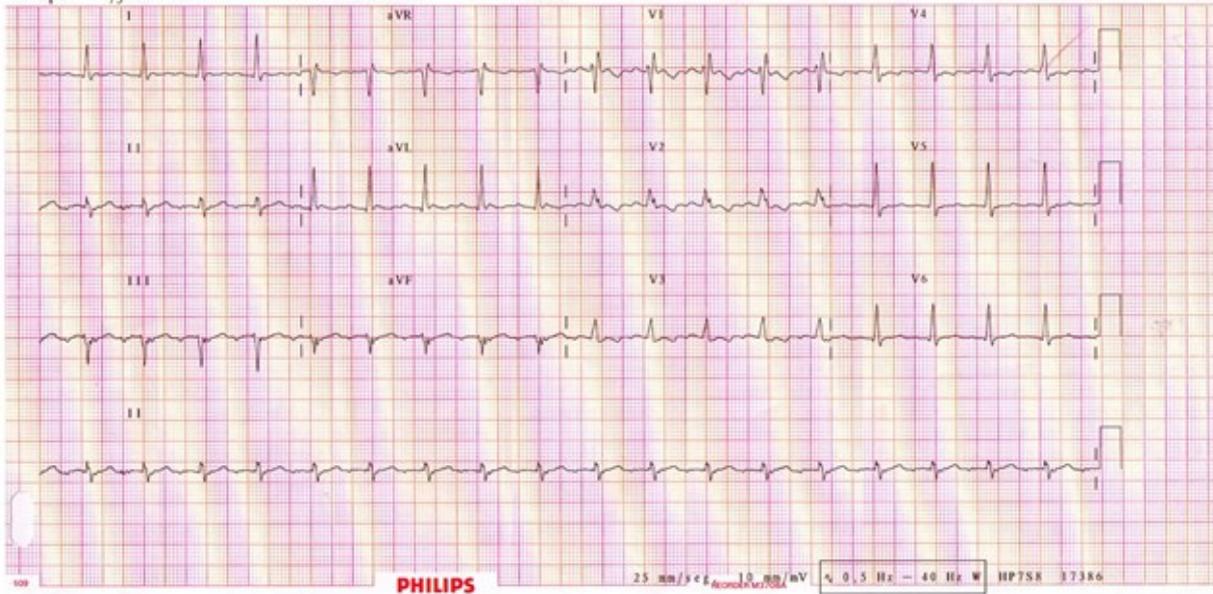
Javier García Niebla

05-May-2013 10:42:22

CENTRO DE SALUD V. DEL GOLFO EL HIERRO

Free. 111
PR 183
DORS 112
QT 299
QTc 486

--Eje--
P -43
QRS -30
T 75



OPINIONES DE COLEGAS

Querido Javier

Deseo que estes bien al igual que mis sobrinos.

Aunque pueden haber otras variantes de TPSV, no me atrevo a discutir el diagnóstico de flutter 2:1 a un paciente que se le realizó estudio electrofisiológico.

Si falló la combinación carvedilol más amiodarona y sotalol más digoxina; mi sugerencia sería explorar verapamilo más, por ejemplo digoxina.

Para controlar frecuencia el atenolol y el metoprolol son mejores que el carvedilol, supongo que por el medio a la hipotensión se usó inicialmente carvedilol.

Por supuesto la solución definitiva de la arritmia (sobre todo si es un flutter) será la ablación.

Por otra parte el BRDHH, BFAI, QS DII y DIII, T neg V1-4 pueden ser explicados por las secuelas de la repercusión hemodinámica de la CIA (operada a los 42 años), no obstante gustaría tener algunos datos de ecocardiografía, por ejemplo motilidad regional de paredes.

Saludos para tu esposa

Alberto Morales (QEPD)

Queridos amigos del fórum, analizaré el caso de nuestro apreciado amigo Javier Niebla Este electro me hace sospechar de un patrón correspondiente a una cardiomiopatía restrictiva, probable etiología diabetica-

Muy probable que el MRI cardíaco mostrará fibrosis subendocárdica (collagenosis subendocárdica)

¿Por qué digo esto?

1) Los complejos ventriculares son de bajo voltaje, en especial en un varón de media edad.

2) las ondas T invertidas de V1 a V4 y aplanada en V5, sugiere ondas invertidas no coronarias, indicando QT corto o nulo en la capa subendocárdica

3) TIII>TI y onda T invertida en AVL (pattern frecuente en miocardiopatía diabetica , cuando diabetes es la única etiología probable

4) miocardiopatía diabética se diagnostica ,cuando esta patología metabólica es el único factor posible

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Hola Javier te cuento como abordo yo este caso en mi consulta con las herramientas que tengo a la mano:

1. lo primero que hago es hacer un masaje de senos carotídeos, si no veo ondas P bien definidas con la respuesta vagal paso
2. un electrodo esofágico ese es infalible y de paso si esta anticoagulado lo puedes revertir sea flutter atípico o taquicardia atrial que son mis 2 diagnósticos diferenciales electrocardiográficos.

Ese ECG no es de un Flutter común en caso de que sea Flutter porque con lo que hay allí haría diagnóstico diferencial con Taquicardia Atrial o Flutter atípico, es más, ese paciente pudo tener un flutter común ablacionado con éxito y tener una taquicardia atrial, o que no fue ablacionado el flutter atípico de hoy y fue ablacionado con éxito el flutter común, sería bueno ver el informe de EEI.

No tengo dudas en intentar realizar nuevo procedimiento de ablación por radiofrecuencia con catéter irrigado, y en España pudieras ayudarte con navegador tranquilamente, aquí en mi país y específicamente en mi centro con la DEVALUACION de este año, solo llevamos un NAVEGADOR de 10 ablaciones por mes que hacemos, estamos haciendo todo con convencional con buenos resultados, pero pésimo para mi salud ya que el año pasado sufrí una tiroiditis.....En cuanto a las drogas le añadiría amiodarona.

Respuesta 1. Flutter atipico vs taquicardia atrial

Respuesta 2. Añadiría amiodarona pero chamo intenta una nueva ablación, en España hay excelentes centros para ablacionar y más en Barcelona que hay centros con gran experiencia en casos complejos, ese tipo de caso a mi juicio es más ablacionable que cualquier FA donde los resultados aun son controversiales, dale una oportunidad a ese paciente para ser nuevamente ablacionado.

Saludos

Carlos Rodríguez Artuza

Carlos

Veo que usas el termino flutter común y típico de manera intercambiable. También mencionas el flutter atípico.

En el foro hay mucha gente que tal vez no esté completamente familiarizada con estos términos.

¿Serías tan gentil de definir a tu criterio (EP invasivo) que es un flutter típico y uno atípico y aclarar también si común o no común son sinónimos de típico y atípico?

Mil gracias.

Adrián Baranchuk

Hola Martín: ahora pude ver mejor el trazado que me remitió Edgardo en PDF. Hay una onda P que en su casi totalidad se observa detrás del QRS (no está oculta por éste) y otra precediendo a cada QRS; el intervalo del ciclo auricular es aproximadamente 230-240 mseg, justo la mitad del intervalo del ciclo ventricular. Por los antecedentes clínicos del paciente me inclino a pensar en un aleteo auricular atípico o en una taquicardia auricular por reentrada. A mi juicio debería intentarse un nuevo procedimiento de ablación por RF.

Un abrazo

Pablo A Chiale (QEPD)

Hola Dr. Chiale gracias por los comentarios y correcciones, comprendo el concepto de atípica.

Javier no ha respondido los parámetros ecocardiograficos, aunque interpreto la arritmia es una complicación tardía de la cirugía, tiene 57 años, diabetes y probablemente otros factores de riesgo (HTA, dislipidemia, obesidad) que contribuyan a la falta de respuesta ventricular de la taquiarritmia a pesar de los depresores de la conducción del NAV.

Un abrazo

Martín Ibarrola

Querido Pablo, siempre atento a vuestras aclaraciones.

Profe, concuerdo que la opción terapéutica más efectiva es la ablación (generalmente del istmo cavotricuspidé en el fluter).

Es importante ver los resultados de la ecocardiografía, pues si la AD esta muy dilatada, le vamos a quitar la macroentrada, pero después vendrá la F Auricular.

Abrazo desde Cuba

Alberto Morales

Es factible Alberto, se trata de una aurícula enferma, pero si se consigue el Ritmo sinusal persistente veremos qué queda después de que se produzca reversión del remodelado.....

Un abrazo

Pablo A Chiale

Queridos amigos:

Gracias por vuestras aportaciones. Este caso es de un compañero de trabajo que estamos intentando ayudar.

El paciente si presenta una marcada obesidad abdominal. Es normotenso.

La última ECO realizada hace 4 meses presentaba un VI de tamaño normal con función sistólica en límites bajos. Aplanamiento de tabique interventricular. Ligera dilatación del VD. Sin evidencias de CIA y ligera dilatación de AI.

Un abrazo a todos:

Javier García Niebla