

Ciclista de 47 años, a quién se practicó una ablación de vía lenta nodal hace un mes – 2018

Dr. Diego Fernández

Buenos días.

Quería comentaros este caso de un ciclista de 47 años, taquicardias por reentrada nodal, unas 2 o 3 mensuales, no se inició medicación y se le derivó a estudio electrofisiológico (adjunto informe de alta en dos documentos para evitar dar datos personales) se ablacionó la vía lenta, no se indujeron otras arritmias.

Egresó hace un mes.

Vuelve hace 3 días por palpitaciones sostenidas con el PR que vais a ver en los ECGs.

Se le indicó que nada de bici estos meses, refiere "que no la tocó" ... (algunos testigos de por aquí dicen lo contrario) de todos modos los ECGs son estos:

La pregunta es ¿Qué hacemos?

Nuestros EEF nos aconsejan poner algún fármaco y esperar, los EEF del Foro que nos dirían.

Muchas gracias por adelantado.

Diego Fernández

INFORME DE ALTA

SERVIZO: CARDIOLOXIA CCEE

DATA DE INGRESO: 29/05/2018

DATA DE ALTA: 31/05/2018

MOTIVO DE ALTA: Domicilio

MOTIVO DE INGRESO: Estudio Electrofisiologico.

Síntesis de la historia clínica:

47 sin antecedentes meniscectomizado.

No AMC.

Hermano ablación de haz anómalo por taquicardias iterativas.

Ciclista practica deporte de alta intensidad.

En años previos presentaba episodios esporádicos de taquicardias que ha aprendido a controlar mediante maniobras de valsalva.

Consulta por episodios iterativos, diarios de taquicardias que duran unos minutos y que ocurren post esfuerzo.

Ecg Rs fcia 50 pr 0.24 qrs 0.08 eje 60° qt 0.44 onda U.

Ecocardiograma siv 8 ddvi 60 ppvi 8 fevi 59% ao trivalva flujo normal. Mitral fina competente, relajación normal AI 43 mm VD conservado, IT ligera Permite estimar PAPs en 19 gte av + 5 ad= 24 mmHg TAPSE 3.3 cm Sin datos de cardiopatía estructural.

ECG al Iniciar el estudio: Ritmo sinusal a 84 lpm. PR 435 mseg. QRS 82 mseg.

Estudio Electrofisiologico

Catéteres:

Catéter tetrapolar Medtronic Torqr 6F en ventrículo derecho, a través de punción venosa femoral derecha.

Catéter tetrapolar Medtronic Torqr 6F en aurícula derecha a través de punción venosa femoral derecha.

Catéter decapolar Boston para seno coronario a través de punción venosa femoral derecha.

Catéter de ablación Catéter de ablación Cordis-Webster, 7F, curva D, a través de punción de la vena femoral derecha (intercambiado con catéter de VD)

Parámetros de Conducción:

AH:165 ms, HV: 38 ms.

No Conducción retrograda

Bajo atropina e isoproterenol.

PR: 183 ms, QRS: 67 ms.

PRENAV anterogrado: 500.-220 ms

Punto de Wenckebach anterogrado: 162 lpm

Ecos nodales unicos en el rango de 500-340-250 ms y 500-340-220 ms.

Arritmias observadas y procedimiento de ablacion:

No se demuestra taquicardia con estimulacion electrica programada basalmente. PR basal: 435 ms. Bajo atropina + isoproterenol estimulando a 600-400'ms se objetiva salto anterogrado. A 600-380 ms se objetiva una taquicardia por reentrada nodal AV tipica a 450 ms de ciclo.

Posteriormente se objetivan ecos nodales unicos en rango de 600-380, 600-320 ms. Se realiza ablacion con energia de RF aplicando pulsos de radiofrecuencia en la región inferior del triángulo de Koch, con buena temperatura y estabilidad. Poco ritmo nodal.

Al termino, no se induce taquicardia con estimulacion electrica programada

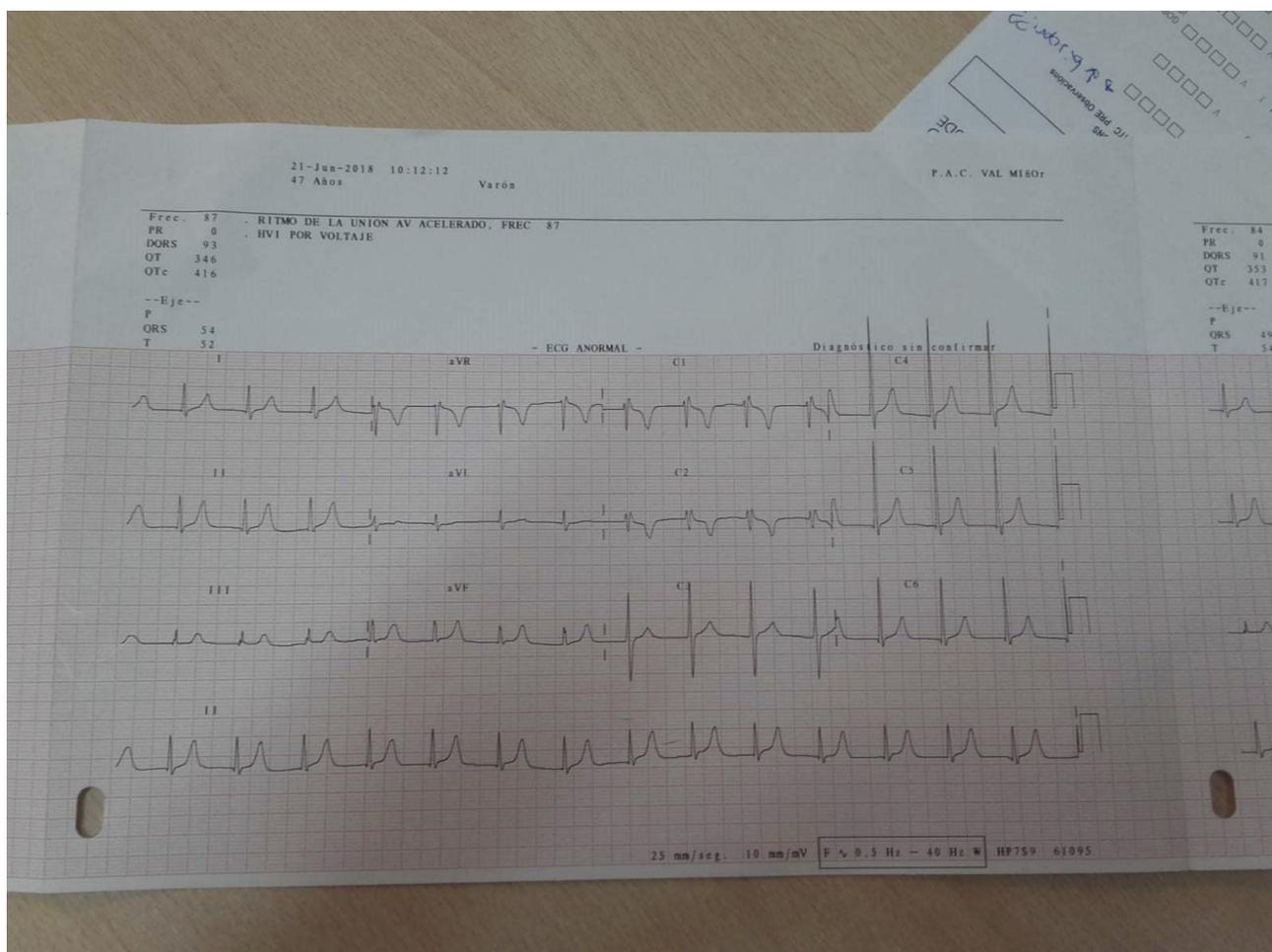
Punto de Wenckebach: 130 lpm. PRENAV anterogrado: 500-260 ms.

Respuestas auriculares con estimulacion electrica programada bajo isoproterenol.

DIAGNOSTICOS

- TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR REENTRADA NODAL AV TIPICA NO SOSTENIDA.
- ABLACION CON RADIOFRECUENCIA EN VIA LENTA CON CRITERIOS DE EXITO.

Revision en consulta de Cardiologia en su Hospital de Referencia.



21-Jun-2018 10:11:25
47 años

Varón

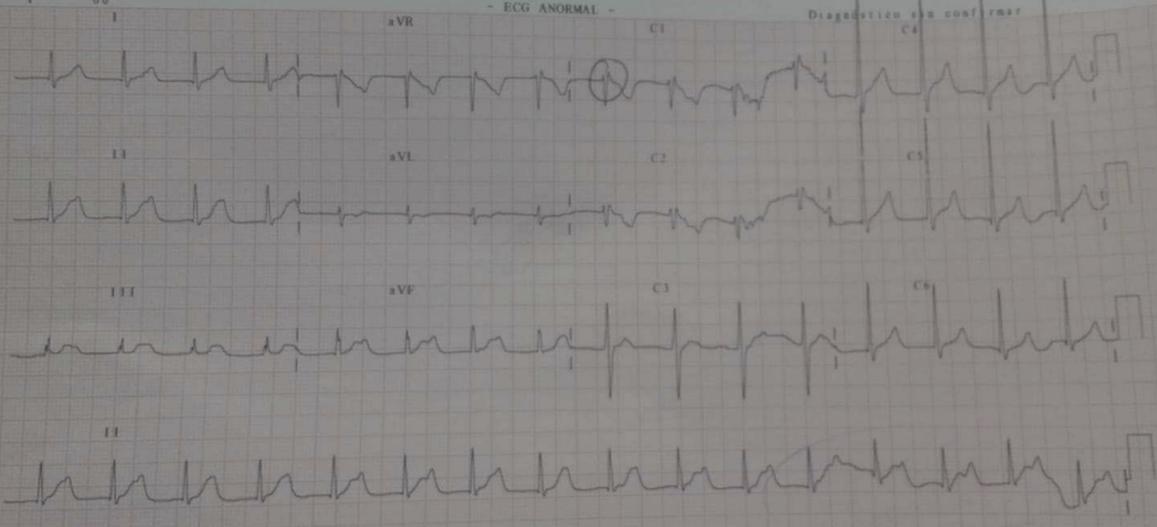
F.A.C. VAL MISOLY

Frec. 95 . RITMO SINUSAL, FREC 95
PR 204 . RETRASO DE LA CONDUCCION AV EN EL LIMITE
QRS 92 . PATRON RSR' EN V1 O V2
QTc 431 . HV1 POR VOLTAJE

--Eje--
P 18
QRS 62
T 60

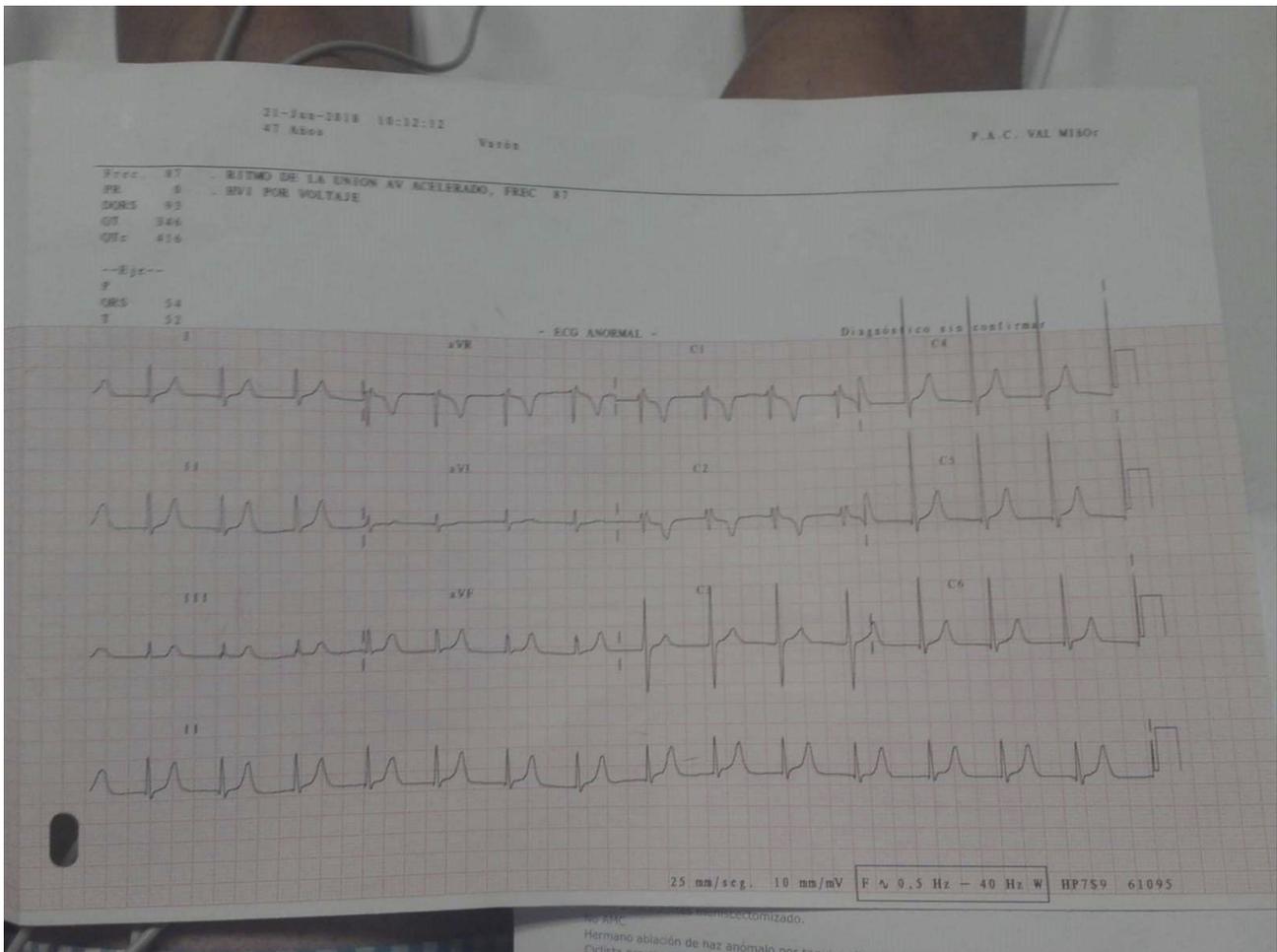
- ECG ANORMAL -

Diagnostico sin conf rmar



25 mm/sec. 10 mm/mV F ~ 0.5 Hz - 40 Hz W HP759 61094

SERVIZO: CARDIOLOGIA CCEE
DATA DE INGRESO: 29/05/2018



OPINIONES DE COLEGAS

Basalmente en el informe del estudio electrofisiológico ya tenía un PR muy largo; así que no creo que sea atribuible a la ablación, y sí más bien a la hipertensión vagal (ciclista) que haga que por asincronía AV tenga palpitaciones (sd. Marcapasos).

Yo le explicaría el motivo de sus palpitaciones y que él decida si quiere seguir haciendo ciclismo o no.

¿Qué os parece?

Enrique García

Buen día Foro! soy cardiólogo clínico. En la historia clínica se relatan 2 ECGs; el 1° PR 240 mseg 50 lpm, el 2° PR 435 mseg a 84 lpm al inicio del estudio. Se induce una taquicardia por reentrada típica no sostenida 450 mseg (algo lenta a mi entender) la cual se ablaciona con éxito.

Las imágenes de 2 ECG registrados con diferencia de menos de un minuto, tienen PR 440 mseg aproximadamente, el 2° P/T.

El rSr' en V1V2 tiene onda P (-) lo cual podría corresponder a electrodos colocados altos.

Pienso que quizás la vía podría haber recuperado la conducción.

Me despido a la espera de opiniones de expertos y seguir aprendiendo de Uds.

Juan Carlos Manzardo

Perdón Diego pero solo observo ECG con fecha 21 de junio (los 3) realizados entre las 10 y 10 y 15 y presenta una disociación AV isorítmica.

Con un ritmo de escape de la Unión cercano a los 100 por minutos. No es lo habitual en un deportista, si fuera por hipertoniismo vagal lo esperable es un ritmo de escape más bajo y la disociación AV asociada con bradicardia.

¿Realizó alguna maniobra taquicardizante y observar si recupera conducción AV?

¿Por qué si la ablación fue exitosa se proscribió la actividad física?

¿No tiene ECG previo a procedimiento y posterior a la ablación con conducción AV?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Muchas Gracias a todos los que me habéis contestado un domingo!

Martín:He rebuscado en la historia y previos a la ablación tiene dos tipos de ECG: uno muy parecido a estos con PR largo y otro con PR normal. Los ECGs que difieren pocos minutos son del centro de salud y el que difiere una hora es del hospital.

La recomendación de que no entrene los primeros meses supongo que es por precaución, a ver qué dicen los que están todos los días con estas cosas.

Mi duda es que si le han ablacionado la vía lenta, que se supone que es retrógrada, y aparece con este PR, (que en algún ECG de la historia ya lo tuvo, a ver si soy capaz de digitalizarlo hoy que estoy de guardia o hacerle una foto y subirlo) ¿podría ser que el procedimiento haya sido incompleto o algún otro mecanismo, más allá del comentado hipertono vagal?

Muchas gracias a todos.

Diego Fernández

Estimado Diego:

Antes de la ablación me hubiese gustado saber qué era lo que el paciente identificaba como palpitaciones.

Estoy de acuerdo con Martín de que esto no es un efecto de su "vagotonismo" ya que las frecuencias ventriculares se encuentran en los ECGs entre 90 a 100 lpm. En el único que visualizo una onda P es en el que está más taquicárdico; este ECG muestra una arritmia sinusal respiratoria que no se ve reflejada en los complejos QRS cambiando el lugar en donde la onda P modifica a la onda T. Por lo tanto pienso que los registros corresponden a un ritmo unional o del His alto; y en el que detalle anteriormente presenta además una disociación isorritmica.

Yo no me animaría a dar ninguna medicación en este momento. Lo estudiaría como mencionaron anteriormente con maniobras taqui y bradicardizantes y estudio Holter de 24 hs; y a mi también me gustaría ver los ECGs previos.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Estoy de acuerdo con Isabel y Martin de que se trata de un ritmo de la unión acelerado. No sé si vi todos los trazados pero me parece que todavía no tenemos prueba de conducción anterógrada intacta. Por eso es importante como dice Isabel no dar drogas antiarrítmicas hasta tener más información.

No sabemos cuál era la arritmia antes de la ablación. He visto como complicación de la ablación ritmos de la unión acelerados como este pero con conducción retrógrada y anterógrada intermitente.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Le realizaría inicialmente un Holter y probablemente le colocaría un monitor de eventos externo para establecer correlación de los síntomas con los registros, además de observar el comportamiento del PR .

Dr. Chamia Benchetrit

Caracas