

# **Mujer de 38 años con taquicardia regular de aproximadamente 150 lpm – 2014**

Dr. Carlos Ribas Meneclier

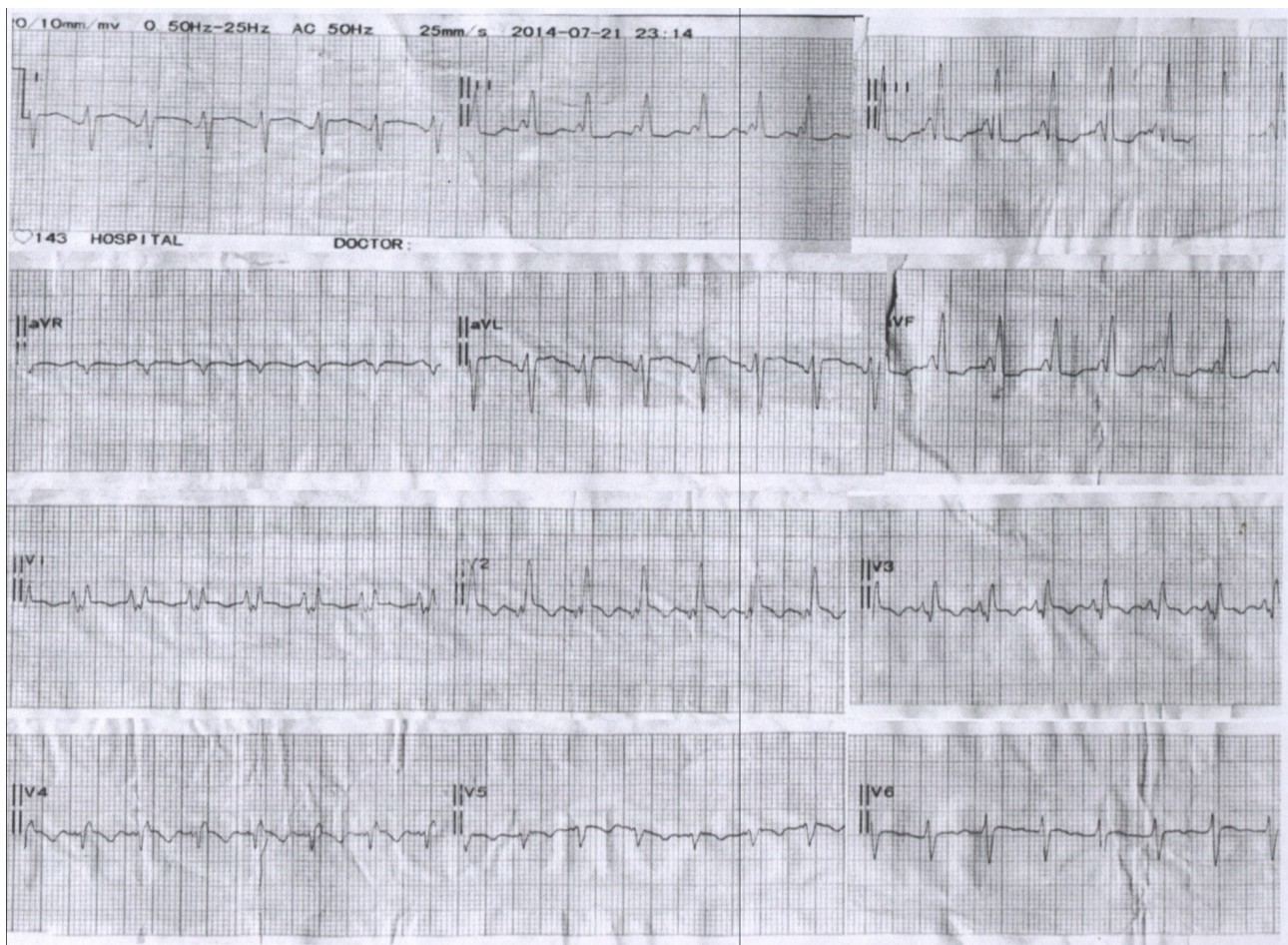
El Dr. Ribas Meneclier, pone a consideración este trazado, que a priori impresiona como una taquicardia regular de FC 150 aprox. Parece haber un empastamiento inicial en el QRS.

De: "Carlos Ribas Meneclier"

Cuál es el ritmo?

Mujer de 38 años

Perdón por la copia



## OPINIONES DE COLEGAS

Caros Foristas

Embora FC 150 acho que o ritmo é sinusal inapropriado con pre-excitação por uma via acesoria lateral izquierda

Adail Paixao Almeida

---

Queridos amigos foristas: el ecg del Dr Ribas Meneclier es muy difícil de analizar

Pero de entrada diría que es un electro de una paciente que arrastra una enfermedad complicada. La onda P esta muy desdoblada. En V6 se ve claramente que el P-R es de 160ms. El *component initial* de esta onda es negativo y el segundo componente es positivo pero muy próximo a la depolarización ventricular, haciendo sospechar un P-R muy corto con Wolf.

La primera fracción es de la auricular derecha y la segunda muy probable del la izquierda. Este fenómeno de desdoblamiento de las ondas P se observan cuando existe una fibrosis severa del septo interatrial.

Los complejos ventriculares hacen sospechar una hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho. La depolarización VD es muy ancha y desdoblada sugiriendo un ventrículo fibroso.

La baja altura de V1 sugiere una dilatación severa del ventrículo derecho.

¿Qué diagnóstico pensaría en una mujer de edad media?

Descartaría hipertensión pulmonar severa

Una miocardiopatía congénita o adquirida con severa dilatación del ventrículo izquierdo, con predominancia electrocardiográfica del ventrículo derecho.

El eco y MRI contribuiría mucho al diagnóstico final

La discusión esta abierta

Samuel Sclarovsky

---

Buen día a todos

Este ECG está asociado a una miocardiopatía pero veo ondas P con morfología diferentes (última P en DIII) con variaciones del PR variable por lo que dudo que se trate de ritmo sinusal

También se observa QT corto

La onda P y la derivación V1 sugieren HTP y la taquicardia sinusal parece compensadora por disfunción ventricular.

Agrego algo más

Se observan Ondas P morfológicamente diferente, creo que lo puse

Un abrazo a todos

Dr. Alejandro Cueto Floreal

Parece un ECG con una taquicardia sinusal (onda P + en II y +/- en V1) con una frecuencia un poco menor a 150 latidos X'. No se si es una taquicardia inapropiada ya que desconozco los síntomas del paciente. El primer componente de la onda P (aurícula derecha) tiene un voltaje muy aumentado. El intervalo PR me impresiona como corto (100mseg) y la parte final de la onda P se superpone al inicio del complejo QRS; este presenta una rotación horaria en el plano frontal y un eje en 120°, parece presentar un BRD con agrandamiento del VD. Mi primer diagnóstico en este caso seria una enfermedad de Ebstein con insuficiencia tricuspídea importante. Presenta un PR corto si además tiene un WPW no lo puede identificar por la superposición de las ondas.

Cordialmente

Julia Pons

---

A mi queridísima Dra Julia Pons: ¿Ud cree que un Ebstein se expresa con estas ondas P en especial en V1? ¿Podría ser que hay Ebstein con ventrículo derecho dilatado e hipertrófico?

Hace unos 33 años me encontré con un caso parecido de un joven de 35 años asintomático hasta que apareció con una insuficiencia cardíaca intratable. El ECG era similar a este presentado. Al principio pensábamos que era un infarto crónico por las r/S muy pequeñas en V4, V5, V6, R altas en V2 y eje a la derecha con r/S DI aVL

La sospecha era de un infarto viejo en la cara apical, lateral baja y alta.

El único método no invasivo que teníamos era el echo de modo M, que no nos ayudó mucho. No se descubrió enfermedad coronaria en el estudio coronariográfico. En el estudio postmortem vimos el ventrículo izquierdo con una fibrosis severa de la cara lateral y apical con coronarias completamente normales

Por lo tanto yo sigo especulando en una enfermedad congénita genética o una enfermedad miocárdica del tipo de sarcoidosis, u enfermedad de Fabry, es decir una enfermedad miocárdica infiltrativa con hipertensión pulmonar severa.

Un fraternal abrazo y la discusión está abierta

Samuel Sclarovsky

Mi queridísimo Dr. Samuel: en los Ebstein he encontrado ventrículos derechos chicos, grandes y/o hipertróficos dependiendo de dónde esté implantada la válvula tricuspídea y cuán insuficiente sea.

Este para mí es un ECG difícil de evaluar porque el ventrículo está preexcitado. Lo que sí puedo afirmar es que la aurícula derecha está muy aumentada de tamaño pero no puedo ver la izquierda porque se superpone con el complejo QRS. Si uno de estos hallazgos al de un eje desviado a la derecha me gusta como primer diagnóstico un Ebstein.

Eso no significa que no esté equivocada. Igualmente en este momento no vamos a necesitar una necropsia para que realicen el diagnóstico. Desconocemos los datos de la anamnesis y del examen físico y el ECG es un estudio paraclínico que deberíamos usar a posteriori.

Muy afectuosamente

Julia Pons

---

Queridísima Maestra Julia: el electro no es diagnóstico a posteriori, como el Brugada LQT e isquemias agudas y crónicas, signos iniciales de hipertrofia o hipertrofias fisiológicas versus patológicas, arritmias de todo tipo, fibrilaciones auriculares, trastornos iónicos, etapas de procesos fisiológicos o patológico. Para mí, es un orientador de diagnósticos. En este caso para mí es un típico ejemplo de orientador de diagnóstico y me parece que el único método de confirmación es el bimodal echo y MRI, pero me parece que ningún método podrá diagnosticar el desdoblamiento de la onda P,

En este momento estoy escribiendo un libro el electro hipertrofias fisiológicas versus patológicas desde recién nacidos y hasta la senescencia control durante 10 años, Me parece que va a ser una una importante con mas de 10000 ECG

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimados Mestres Julia Pons e Sclarovsky e demais amigos do Foro

Penso como você, Júlia, sobre a possibilidade de Ebstein associada a pré-excitação, lembro a descrição comum de WPW no Ebstein é o tipo C com delta negativa em D1, AVL, V5, V6 (Escola de Rosenbaum), como neste caso e que tem padrão de BRD sem alargamento maior duração em AVL = 0,09s, com T invertido em todas precordiais - para padrão WPW seria apenas de V1 a V3.

Outra dificuldade que concordo com você é analisar friamente um ECG com apenas os dados do sexo e idade (femenino, 38 anos). Não é prática habitual ou método científico, embora estimulante.

Um bom domingo a todos.

Abraços respeitosos

Adail Paixao Almeida

---

El año pasado, se presentó en el foro un ECG similar en la que había una imagen de WPW y resultó ser un Ebstein. Llama la atención la sobrecarga auricular y ventricular derecha.

Saludos

Eduardo Quiñones

Esta fue mi opinión que le mandé a mi colega santiagueño el 4-dic del ECG de su paciente

Frec 145 min, con eje qrs +110

Cambio brusco voltaje QRS de V1- V2 (signo Tranchesí- Peñaloza), expresión de sobrecarga auricular derecha severa.

Signos de sobrecarga ventricular derecha severa por presiones sistólicas elevadas casi idem a VI (TODAS LAS FUERZAS SE DIRIGEN HACIA ADELANTE EN PLANO FRONTAL)

Ondas P no sinusales con signos de sobrecarga auricular derecha severa (P gigantes en

VI) con eje a la derecha y arriba (+ EN AVR) que pueden deberse a TAQUICARDIA AURICULAR EN UN PACIENTE CON PROBABLE DIAGNOSTICO DE: C. CONGENITA DEL ADULTO CON SEVERA HTP) FALLOT – EBSTEIN HTP POR E.M HTP 1ARIA O A OTRAS CAUSAS

En otro mail le manifesté que probablemente la repolarización auricular (onda Ta ) puede modificar y alterar el PR, también el ascenso de R y hasta el segmento ST, simulando otras patologías.

Seria de interés que nos envíes después aniecedentes clínicos, Rx Tx, ecodoppler

Un gran abrazo

Juan José Sirena

---

Queridísima Maestra (se ganó este título hace ya mucho tiempo) debo reconocer que 3 grandes cardiólogos experimentados han concorcado en el diagnóstico de EBSTEIN

Me parece que la onda P grande que el Dr. Sirena observa en V1 me parece que es la onda T

La Dra Julia Pons, Dr. Adail P Almeida y el Dr Sirena están de acuerdo con Ebstein y WPW

Por lo tanto debo dudar de mi diagnóstico y a que estos grandes maestros concuerdan

No me cabe duda que el electro muestra una disminución de los voltajes en V4, V5, V6 con un signo de remodelación hypertrofica en V1, V2

Este patrón es muy similar a un infarto crónico de la cara apical y lateral baja y alta o otro preceso cardíaco que afecte a esta zona.

La ecocardiograma y el MRI es muy importante para confirmar diagnóstico

Y si condirma el diagnóstico de nuestros amigos, entonces diré, muchas gracias por lo que aprendí de ustedes, queridos amigos

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

---

Querido amigo Dr Juan Jose Sirena Ud tiene razón; me había olvidado del signo de Tranchezi – Peñaloza. La auricular derecha crece hacia la derecha y adelante impidiendo la expresión del septo derecho alto mientras que la auricular izquierda crece hacia la izquierda y atrás dando la muesca esofágica.

Gracias por recordarme por este signo importante

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado amigo Profesor Samuel

Siempre tengo presente cuando analizo un ECG lo que siempre Ud dice "no es esto, sino por qué es esto"

Gracias por sus análisis y sus enseñanzas

Desde Santiago del Estero un doble caluroso abrazo (Hoy con 41 grados de temperatura )

Juan José Sirena

---

Mi adorable Dr. Samuel: compartimos la misma filosofía. Siempre he considerado que si alguien me puede demostrar que me equivoco la que gano soy yo porque aprendo. Pero este pensamiento lo he podido compartir con muy pocas personas y me alegro que usted sea una de ellas. Cuando yo pienso en un caso y digo a mi me gusta, para este caso este diagnóstico, lo realizo razonando. El ECG es la síntesis de vectores resultantes y puede estar originado por aumentos y/o disminución de fuerzas, trastornos de conducción o alteraciones de la posición cardíaca. Lo más interesante es tratar de deducir lo que está pasando; pero una misma imagen electrocardiográfica puede estar ocasionada por muchos motivos; los pequeños detalles son los que a mi me sugieren las patologías responsables y por suerte en muchas oportunidades no he encontrado lo que buscaba, lo cual siempre dio como resultado el que tratara de encontrar que otras causas podían ser las responsables y eso ayuda al crecimiento.

Muy afectuosamente

Julia Pons

Queridísima maestra Dra Julia Pons, muchas gracias por sus palabras, pero como el 17 de este mes cumpla 81 años, y lamento que a los 30 años nadie se refirió con estas cariñosas palabras.

Pero con respecto a sus disquisiciones metafísicas me hizo acordar una expresión de hace 2000 años de sabios judíos diciendo "NO EL VERGONZOSO APRENDE Y NO EL SEVERO ENSEÑA"

*Lo abaishan lomed v lo acapdan melamed*

Ud, querida maestra, reúne estas 2 hermosas condiciones, y es un honor tener una personalidad de su talla en este forum

Nuestro agradecimiento al profesor Edgardo Schapachnik que organiza y mantiene este extraordinario forum

Todos los honores para Edgardo ,

De paso digo que me da una gran alegría que vuelve una estrella que nos hacia mucha falta el maestro Adrian Baranchuk

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky