

# Dos casos de taquicardia con complejos anchos – 2010

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimado Andrés

Me gustaría escuchar el punto de vista de los amigos del foro em relación a estos dos casos:

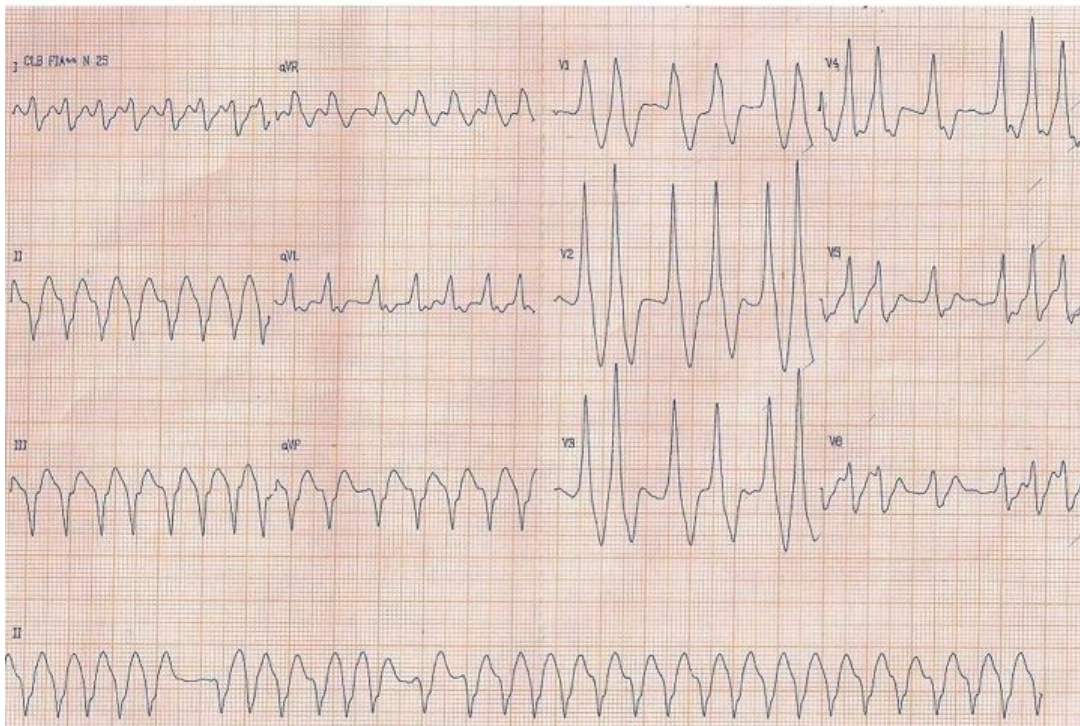
Caso 1: hombre joven con historia de palpitaciones. El ECO y la coronariografía reveló corazón estructuralmente normal.

Caso 2 Mujer joven en espera de cirugía de válvula aórtica con manifestación de palpitaciones durante el evento.

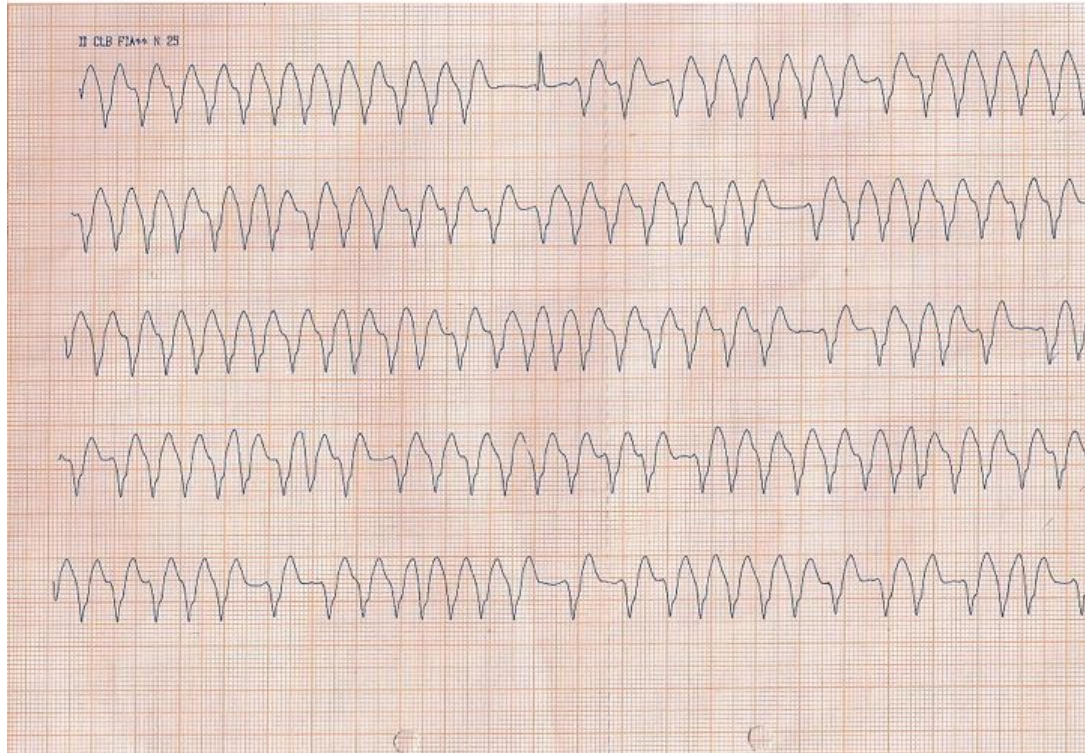
Gracias por la atención de todos

Raimundo Barbosa de Barros

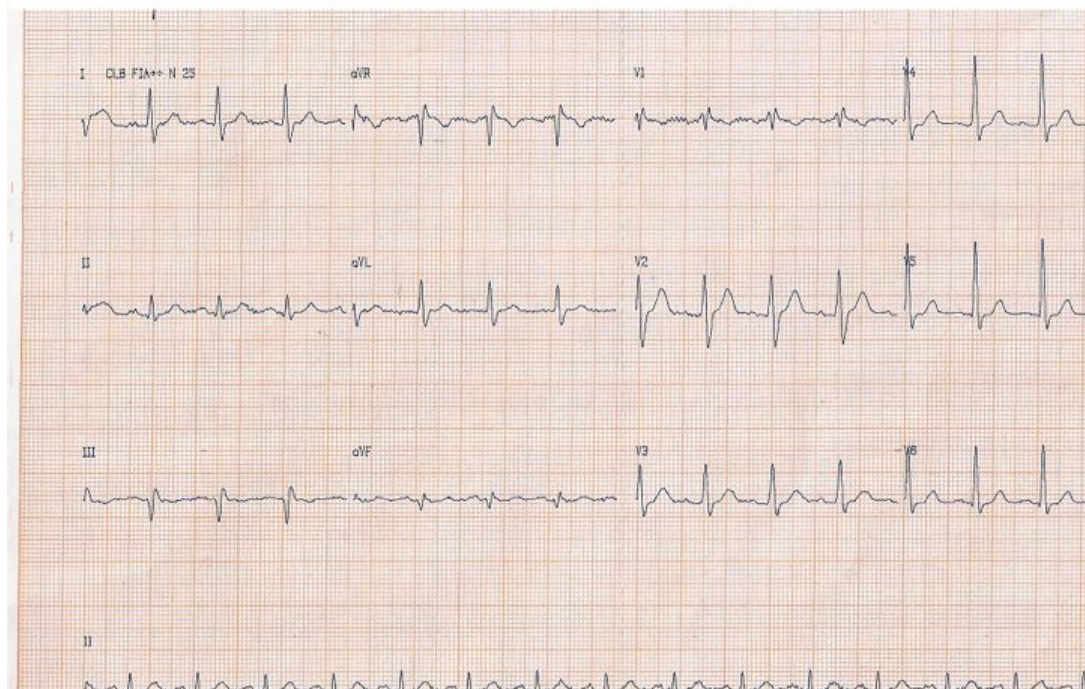
08.07.10 – 03:30h – P. F. 48 anos



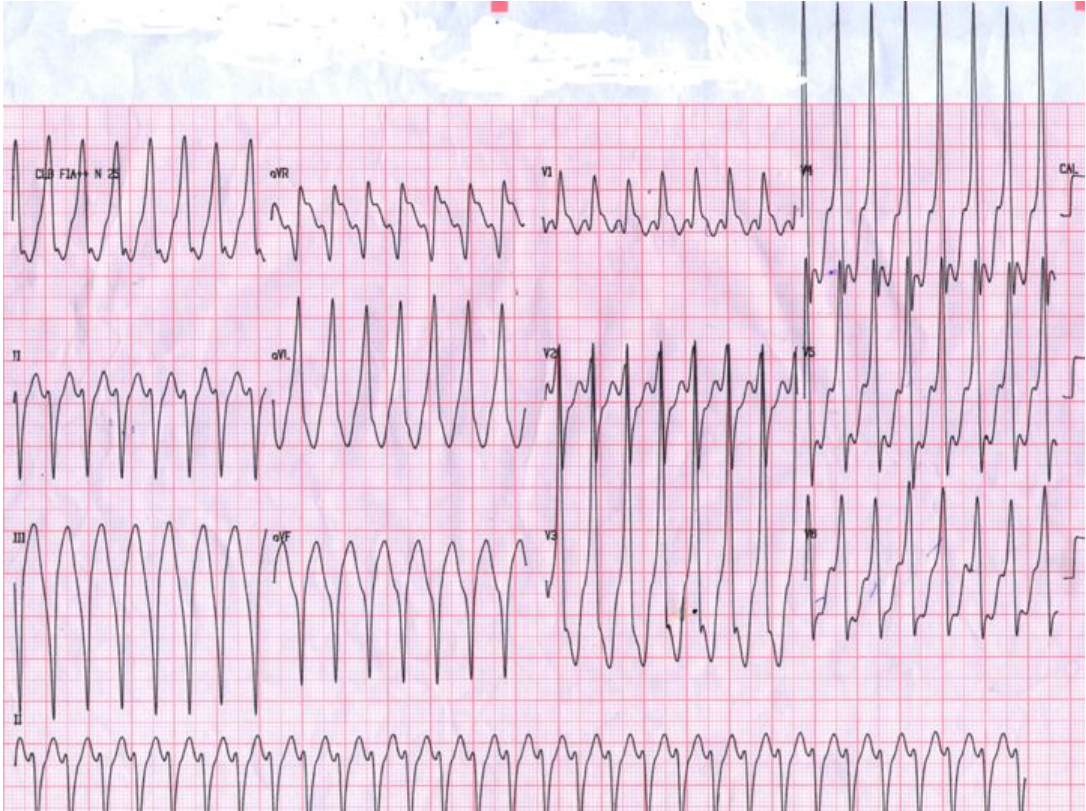
08.07.2010 – 3:30h – P. F. 48 anos

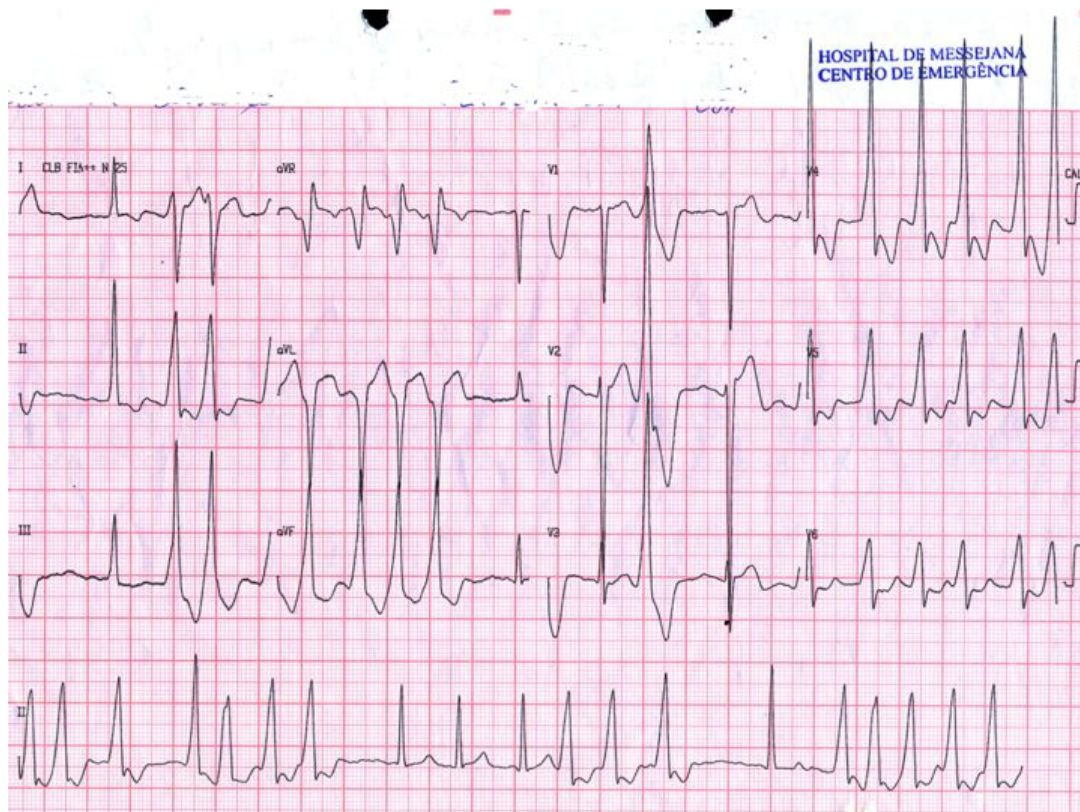


08.07.10 – 05:00h – pós CVE 100J – P. F. 48 anos



CASO 2





---

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Raimundo:

Caso 1: TV monomorfa sostenida de origen epicardico(1). No logro visualizar P disociadas. Pero la alta FC y morfología de los complejos TV me hacen pensar en su origen en el VI en la región epicárdica. En ECG post cardioversión eje HBAI y BIRD.

Caso 2. Primer ECG TV monomorfa sostenida. El empastamiento inicial del QRS me impresiona por su origen en el músculo cardíaco y no una taquicardia por reentrada nodal de un WPW.

En el segundo ECG primer latido propio con signos de HVI con trastornos de repolarización y S profundas en V1 y V2. Las EV cambian su eje eléctrico impresionando ser otro foco ectópico originado en el VI.

Encontré un solo problema: presenta caso1 (hombre joven) y en los ECG el primer caso dice P.F. de 48 años primero están los de una paciente femenina de 48 años?

El caso 2 no refiere edad ni sexo. ¿Están bien ordenados los ECG con respecto a la descripción de los casos? Y el segundo ECG impresionan los de una valvulopatía aórtica. ¿Serán ambas mujeres?

Caso 1: hombre joven con historia de palpitaciones. El ECO y la coronariografía reveló corazón estructuralmente normal.

Caso 2 Mujer joven en espera de cirugía de válvula aórtica con manifestación de palpitaciones durante el evento.

Perdon por mis dudas.

UN abrazo y mil disculpas si estoy equivocado y entendí mal.

Un saludo estimado Dr Raimundo y Matesro Perez Riera.

Martin Ibarrola

*(1) ECG Criteria to Identify Epicardial Ventricular Tachycardia in Nonischemic Cardiomyopathy. Ermengol Vallès, Victor Bazan and Francis E. Marchlinski. Circ Arrhythm Electrophysiol 2010;3;63-71*

---

Querido Martín:

Los ECGs corresponden a los respectivos casos, tal como fueron enviados. Sólo les cambié el formato a imágenes JPG (cosa que podrían hacer quienes envían trazados, ya que el original eran dos Power Point de 9 Mb)

PF serán las siglas del nombre del paciente, y no creo que signifique PACIENTE FEMENINA

Un abrazo

Edgardo

Dear Dr Martin Ibarrola

Case1: PF represents the initials of the name.

The patient is male

Case2: The patient is a female sex (28yo)

Sorry for the confusion

Raimundo Barbosa

---

Prezados amigos: a seguir a opinião de um “peso pesado” da eletrofisiologia mundial o  
Prof Bernard Belhassen

Prezado Andrés

ECG 1: Fibrilação atrial com feixe anômalo posterior esquerdo

ECG 2: TVM sustentada (traçado 1º e TV não sustentada com 2 morfologias

Saudações afetuosas

Bernard Belhanssen

Amigos

Eso concuerda con mi análisis también (que no le he visto publicado, tal vez Raimundo puedas subirlo al foro?) . Lo que llama la atención es que la morfología de Caso ECG1 y ECG 2 son diferentes: la primera sigue un patrón fascicular izquierdo (también llamada TV de Belhassen) mientras que la segunda es LVOT VT.

Adrián Baranchuk

---

Caso 1 FA usando via anômala posterior, A menores freqüências condução normal é vista. NO ECG de base não há pré-excitação uma vez que a excitação anterógrada é pobre manifestando-se a FCs mas elevadas

Caso 2 diapositivo 1 TV tal vez do fascículo posterior o qual pode ser visto em pacientes com doença de válvula aórtica em especial após cirurgia o pré-excitação sobre uma via anômala posterior esquerda.

A diapositiva 2 mostra um QRS largo com padrão de BCRD e eixo para direita com bastantes seqüências que mostram padrão de saída tipo Wenckebach.

Seria este um exemplo de automaticidade desde o fascículo antero-superior?

Mas isto é bastante raro.

Alternativamente é possível que os batimentos largos sejam paroxismos de taquicardia atrial com condução sobre um feixe anômalo lateral esquerdo. E menos provável que há ondas P antes dos complexos largos e devemos postular a existência de 2 vias anômalas

Melvin Scheinman

Estimados amigos del Foro  
con el mayor de los respetos

el PRIMER PACIENTE tiene 3 ECG

a) en este hay FA alta respuesta (190pm) con una disyuntiva = conducción aberrante de RD y DARI ó bien por haz anómalo posterolateral izquierdo. Para este último avala la ausencia de "r" en cara inferior, cosa que estaría en contra del HBIA.

En el trazado b) vemos que luego de una pausa (primera tira) aparece un único QRS sin aberrancia en la conducción, mostrando que la conducción aberrante de la FA se realiza en fase III

c) El trazado llamémoslo c) muestra taquicardia sinusal a 100pm con BIRD.

El SEGUNDO PACIENTE muestra 2 ECG

El primero, evidencia una TV monofocal sostenida muy rápida (190pm) que impresiona fascicular. El segundo muestra FA, HVI y la presencia de colgajos de TVNS mostrando procedencia de un foco diferente al primero (parece nacida en la base y pared anterior del VI

Un abrazo

Carlos Lavergne NEUQUEN



Estimados amigos del foro:

Obviamente si tan grandes nombres concuerdan con FA con conducción por Haz anómalo, deben estar en lo cierto. pero no logro convencerme (soy de ceso duro).

Tengo una sola duda con respecto al análisis del segundo trazado del primer caso.

1. Al aumentarlo, no observo ondas de FA que puedan corroborar el diagnóstico de esta.
2. No creo se trate de un bloqueo en fase III, perdón estimado Dr Lavergne, en el trazado el latido propio (1), tiene una pausa similar a los latidos 2 y 3 y en estos no conduce con menor aberrancia. Desde ya mis perdones ya que probablemente yo me encuentre errado.

Es más factible no logre observar las P disociadas ¿pero no observar las ondas de FA?

Discúlpeme el atrevimiento.

Tal vez algún miembro me pueda aclarar mis dudas.

Un saludo a todos

Martin Ibarrola

---

Hola a todos

Creo que con estos casos se produjo una confusión por mandar 2 casos con más de un ECG cada uno.

En el original, el caso 1 Martin NO genera NINGUNA confusión o duda: es una FA preexcitada, y si Ud no la ve, mírela de nuevo, la encontrará.

El caso #2 es mucho más interesante, porque Raimundo nos muestra que el paciente esta preexcitado, si embargo, en la taquicardia regular, la conducción parece pasar por una segunda vía (pósteroseptal en vez de ánteroseptal). Yo a ese ECG lo cuestiono, siendo probable una TV fascicular (4-5to latido en V6 parece disociado).

Mensajes mios NO estan apareciendo en el foro, y supongo que el Profe estara atascado con tantos emails.

Por favor Martin, convéznase en el caso #1 que es de LIBRO.

Adrián Baranchuk

