

Mujer de 32 años con diagnóstico de anomalía de Ebstein y palpitaciones – 2014

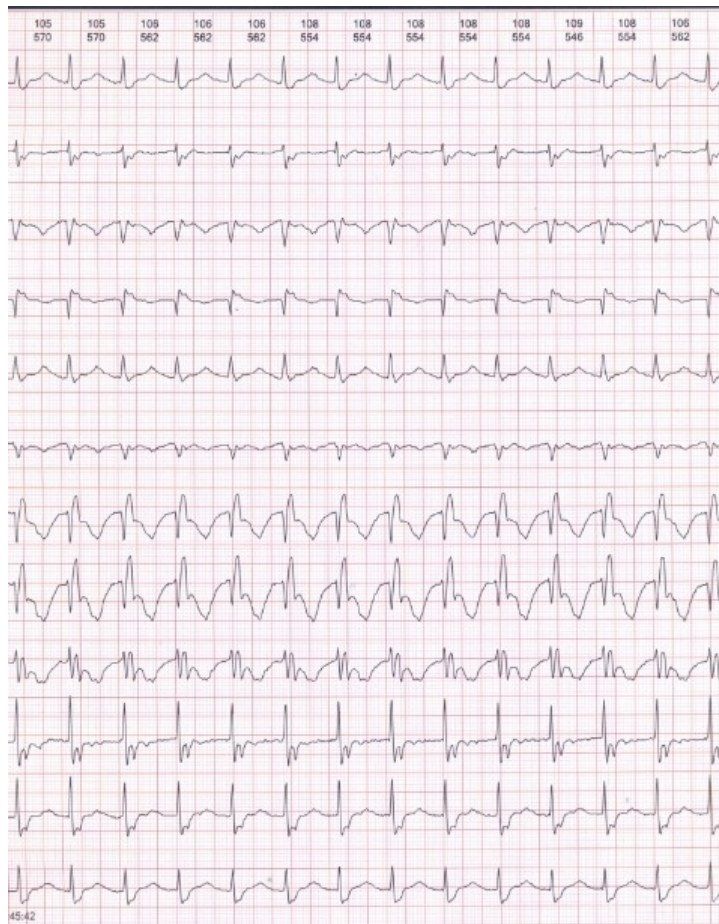
Dr. Raimundo Barbosa Barros

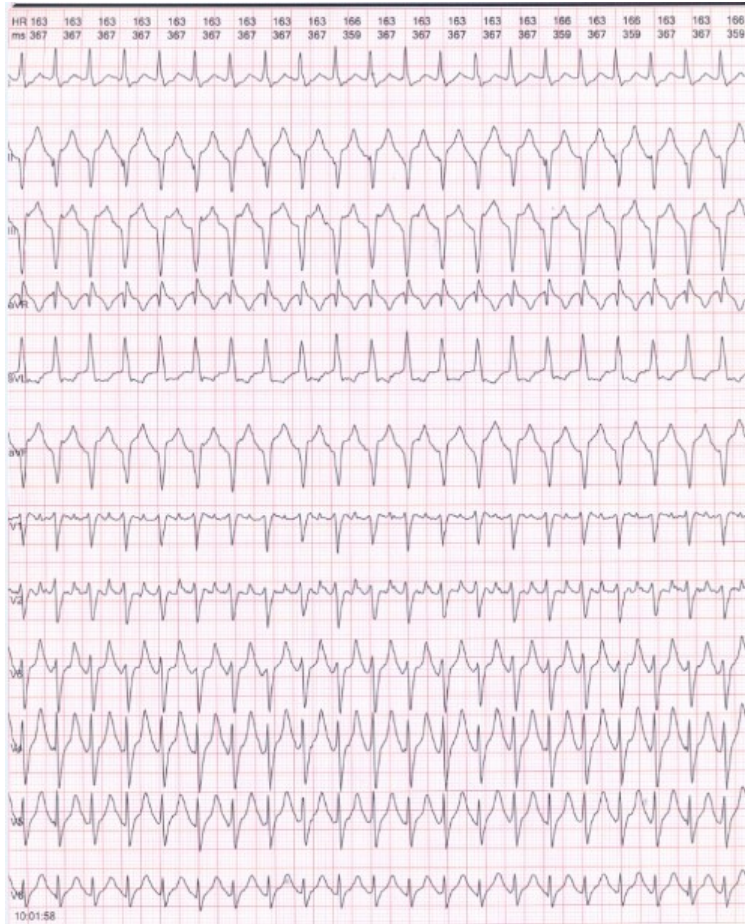
Mujer de 32 años con diagnóstico de anomalía de Ebstein y palpitaciones. Me gustaria la opinión de colegas foristas acerca de este Holter.

Saludos

Raimundo Barbosa Barros







OPINIONES DE COLEGAS

Anomalia de Ebstein con WPW.

Luciano Pereira

Estimado Raimundo:

1. Holter A. Ritmo sinusal con onda P gigante con aumento de su voltaje, sugestiva de anomalía de Ebstein con CAD. PR corto con onda delta (WPW tipo b). Posteroseptal derecha
2. Holter B. Taquicardia reentrante nodal con onda P retrógrada inscripta al final del QRS y conducción anterógrado con BCRD.
3. Holter C. Taquicardia antidrómica.

En el Holter B uno podría suponer la reentrada por dos vías accesorias como alternativa, no encuentro en el ECG signos de esto.

Un saludo, Raimundo

Martín Ibarrola

El caso es muy interesante. Opino que:

- el primer ECG presenta una taquicardia reentrante AV ortodrómica, no creo que el BCRD sea por aberrancia, ya que el Ebstein tiene BCRD como una de sus anormalidades eléctricas. El circuito está conformado por aurícula/NAV/RD/vía acc/aurícula.
- el segundo ECG presenta ritmo sinusal y vía accesoria AV pósteroseptal derecha,
- y el tercer ECG muestra una taquicardia reentrante AV antidrómica, ya que los QRS tienen la misma morfología que en ritmo sinusal. También se observa alternancia eléctrica. El circuito está conformado por aurícula/vía acc/NAV/aurícula.

Existe un paper muy interesante de Iturralde y col (JCE 2006;17:1332) sobre características ECG en Ebstein antes y después de la ablación de una vía accesoria. En

Ebstein la ausencia de BCRD es un fuerte predictor de la presencia de una vía accesoria. Por eso creo que el primer ECG presenta una TRAV ortodrómica.

Saludos.

Oscar Pellizzón.

Estimado Dr. Pellizzón: comparto parte de su análisis.

En cuanto al primer electro que sería el Holter B si mal no recuerdo. Conduce con BCRD con FC regular, no presenta alternancia eléctrica y tiene ondas P gigantes retroconducidas, siendo una taquicardia reentrante ortodrómica, muy poco frecuente entre las arritmias del Ebstein. Lo cual no quiere decir imposible, pero si el 60% presentan taquicardias reentrantes intranodales.

Tampoco me impresiona una taquicardia por reentrada entre dos vías accesorias.

¿Por qué mi diferencia?

Si pienso en taquicardia reentrante ortodrómica con solo ablacionar la vía soluciono el problema, si pienso en una reentrada nodal con conducción aberrante, el electrofisiólogo deberá ablacionar la vía accesoria pósteroseptal derecha y evaluar la presencia de una doble vía nodal en el procedimiento. Solo un detalle para evitar otro procedimiento si se tratase de la misma.

No se que opinan los electrofisiólogos más familiarizados con esto.

Veremos que refiere el querido Raimundo cuando realicen el EEF.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Martin es muy frecuente las vias accesorias derechas en el Ebstein lo raro es doble via nodal yo estoy de acuerdo con Oscar, múltiples vías derechas

¿Que vas a hacer tu con tu caso?, Gorini implanta, yo primero realizaría un Holter de 48 horas y luego interrogaría más al paciente

Carlos Rodríguez Artuza

Querido Kako sí conozco que puede presentar múltiples vías derechas y que probablemente otra vía conduzca en forma retrógrada, pero a 108 por minuto no debería conducirse por vía anterógrada por la otra vía? que si conduce hasta los 160 por minutos, a esto no le encuentro explicación.

Además observo ondas P negativas en DII, DIII y AVF lo cual no coincide con taquicardias ortodrómicas, ya que la aurícula no participa del circuito.

Obviamente podés no observar las ondas P negativas en derivaciones inferiores, pero electrofisiológicamente, no encuentro motivos para que una via que conduce anterógradamente deje de conducir en una reentrada por otra vía.

Por todo esto mi diagnóstico para el Holter B de un taquicardia reentrante nodal.

Seguramente me encuentre en un error, ya que la experiencia la tienen Uds pero esto es lo que yo observo y describo.

Un abrazo y gracias por tu respuesta.

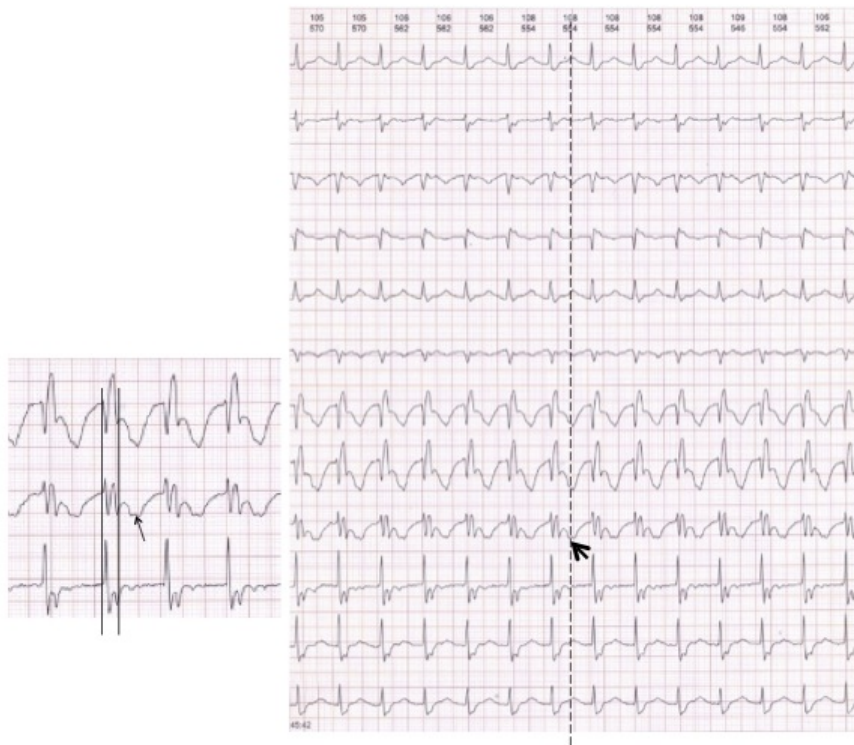
Martin Ibarrola

Amigos,

A mí me parece que la onda P retrógrada está más allá del QRS. Lo que parece onda P' forma parte del empastamiento final del QRS por el BCRD (lo marco en la diapo). No sé si están de acuerdo. Si estamos de acuerdo, después analizaremos el mecanismo electrofisiológico de una y otra taquicardia.

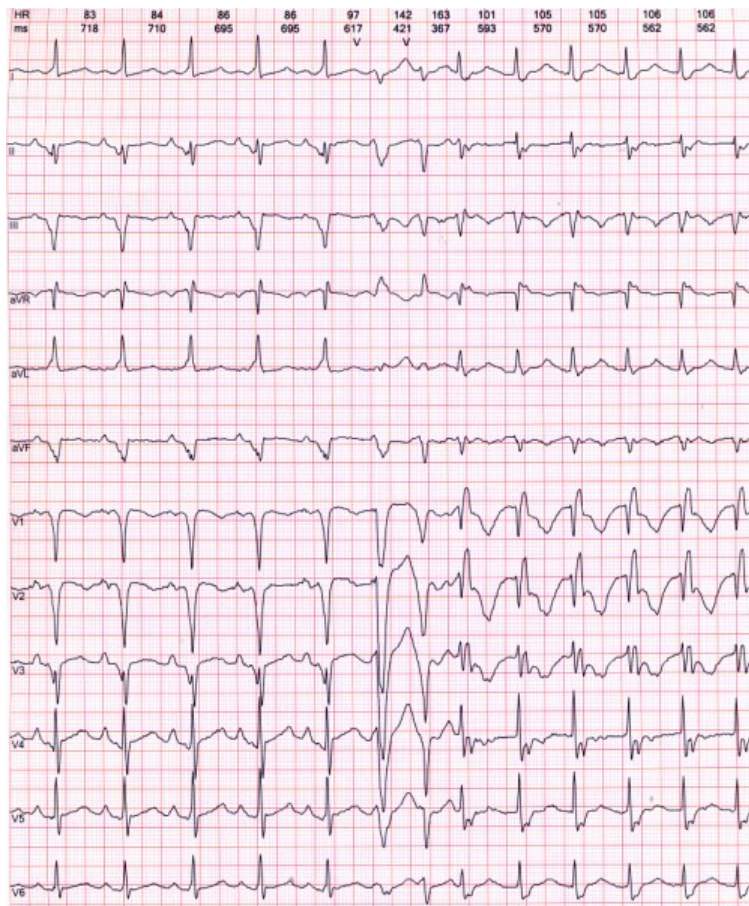
Abrazos.

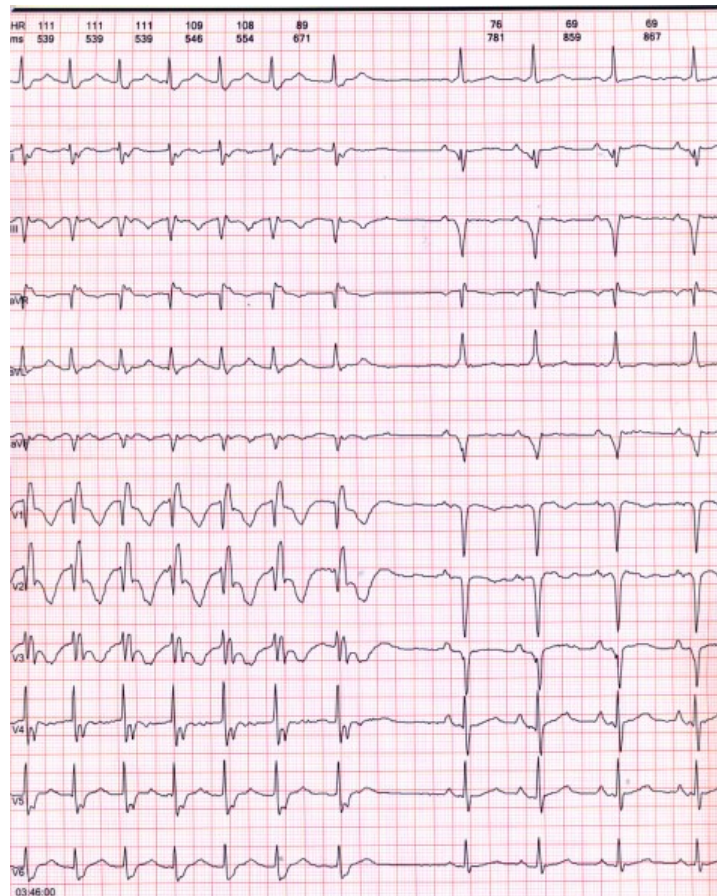
Oscar Pellizzón.



Voy a enviar más ECG del caso

Raimundo Barbosa Barros





Estimados colegas y amigos del FIAI. Varios opinantes diagnosticaron que la vía accesoria del caso que envió Raimundo es pósteroseptal derecha. Con las limitaciones que impone el no contar con un ECG con mayor grado de preexcitación y con el debido respeto, yo ubicaría su cabo ventricular en la zona posterior del anillo tricuspídeo separada del séptum.

Un abrazo

Pablo A Chiale (QEPD)

Si, es posible. El EEF y el mapeo nos va a dar la ubicación más precisamente. Con la experiencia de Pablo y su sabiduría casi seguro que va a ser así.

Abrazo.

Oscar Pellizzón.

Se ve claramente cómo la EV inicia la TRAVO con imagen de BCRD. El estímulo sube por la vía, vuelve por el NAV y pone de manifiesto el trastorno de conducción. Al finalizar se vé la onda P retrógrada que se bloquea en el NAV. Sigo pensando que la preexcitación no deja ver el BCRD del Ebstein. ¿Seguiremos viendo más cosas no?. Hermoso trazado.

Saludos.

Oscar Pellizzón.

En la anomalía de Ebstein, suele presentar BCRD, la taquicardia supraventricular paroxística, flutter auricular, preexcitación ventricular (síndrome de WPW, tipo B), y taquicardia ventricular. Los síntomas clínicos son disnea y fatiga durante el ejercicio por insuficiencia tricuspídea severa y disfunción ventricular derecha. La presencia de arritmia oscila entre 22 al 42 %. Están provocadas por la propia distensión auricular o por el sustrato anatómico anormal. Aparecen la presencia de palpitaciones secundaria a la presencia de preexcitación (o Fa o flutter) y puede ser desencadenante hacia la insuficiencia cardiaca.

Saludos

Eduardo Quiñones