

Mujer hipertensa de 76 años con severo trastorno de conducción – 2019

Dr. Leonardo Ramírez Zambrano

Estimados Profesores y Compañeros de Cardiolatina, buenas noches.

Solicito por favor opinión en relación a esta tira de ritmo de paciente femenina de 76 años con pérdida de capacidad funcional desde hace 3 meses.

Es hipertensa mal controlada sin antecedentes de eventos coronarios ni angina de esfuerzo ni síncope. No consume fármacos con propiedades dromotrópicas negativas.

Hace un año le vi en mi consulta con BAV de Tercer Grado e Hipotiroidea. Se inició Terapia Hormonal Sustitutiva y al mes la paciente vuelve en RS a 90 lpm con BRIHH. Solicite Holter de Arritmias pero la paciente se perdió hasta hoy por haberse sentido mejor.

¿Cómo interpretar este ritmo?

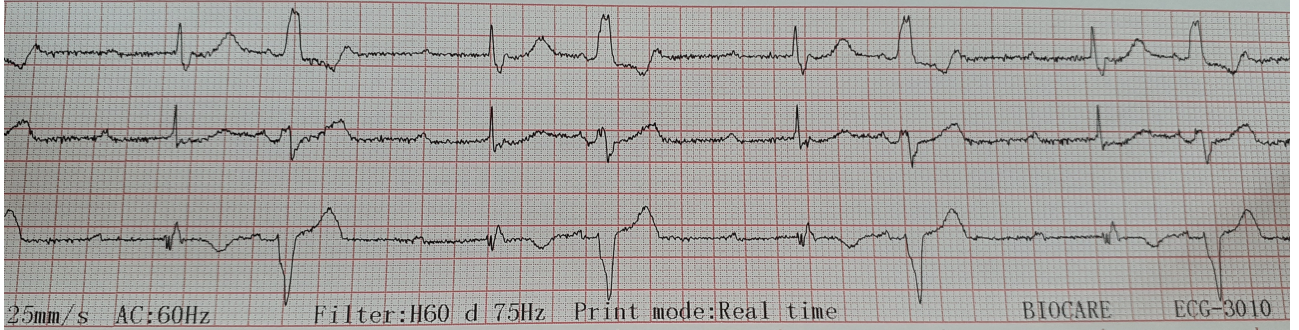
1.- ¿Un latido conducido con BRIHH y el otro bloqueado con latido de escape nodal sin BRIHH? Llama la atención que el acoplamiento de ese probable latido de Escape SIEMPRE sea el mismo.

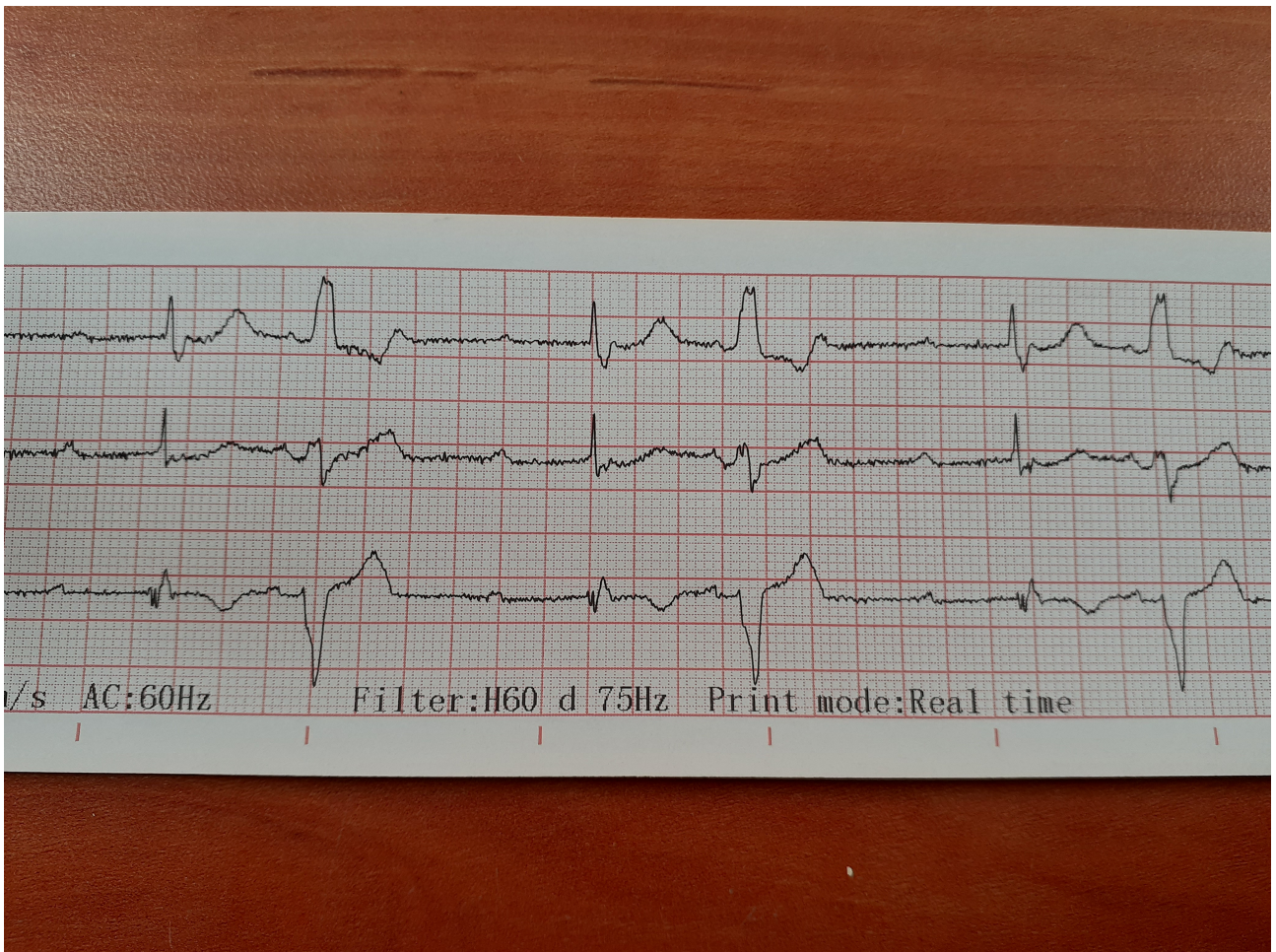
2.- Otra opción, ¿tiene doble vía nodal y cuando conduce por la vía rápida la RI se bloquea y cuando conduce por la vía lenta no se bloquea?

Me pareció digno el trazo para una consulta en el foro.

Muchas gracias por sus opiniones.

Ñeonardo Ramírez Zambrano





OPINIONES DE COLEGAS

Lástima la línea de base tiene mucha alterna y no envió el trazo completo o una tira mas larga de ritmo.

A esa edad sospecharía mas el fenómeno de interferencia por las EV por la bigeminia ventricular que prolonga el PR posterior.

la línea de base no permite visualizar con claridad las ondas P previas a las EV, pero no me impresionan que en una tira de ritmo más larga sean constantes

son solo una tira de 5 latidos y parecen ser diferentes los los intervalos en las P bloqueadas, en algunas tan cercanas que simula un patrón de via accesoria.

Generan un fenómeno de retraso en la conducción AV en el latido posterior por interferencia.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Gracias Martín. Se está haciendo en estas horas un Holter de Arritmias con el que podré enviar trazos más largos.

Leonardo Ramírez Zambrano

¿Te parece que los latidos con QRS ancho son EVs? Tendrían entonces una disociación isorrítmica pues su acoplamiento con la P parece constante pero de acuerdo en que el trazo es corto para confirmarlo.

No tengo disponible el ECG del año pasado en el que estaba en RS conducido con BARIHH. Trataré de conseguirlo para compartirlo.

Muchas gracias.

Leonardo Ramírez Zmbrano

Estimado Leonardo:

Estoy de acuerdo con Martin que se necesitaría un ECG completo y tiras más prolongadas para poder llegar a un diagnóstico.

La paciente presenta antecedentes de bloqueo AV de alto grado y a posteriori uno con BRI.

El ECG actual parece presentar un ritmo sinusal a 60 por minuto. En el primer latido que es angosto se visualiza un PR muy prolongado (no sé si no presenta un mínimo grado de BRD); si tenemos un bloqueo bilateral de rama este se puede manifestarse prolongando el segmento PR; la segunda onda P puede conducir el estímulo a nivel ventricular por supernormalidad de la rama derecha y darnos la imagen de BRI.

También puede tratarse de que el bloqueo de la rama derecha se produzca en fase 4.

Otra posibilidad es que sea una simple EV.

Maniobras taqui y bradicardizantes nos podrían aclarar el mecanismo.

Cordialmente

Isabel Konopka

Gracias Isabel. Comprendida tu explicación. Muchas gracias.

Leonardo Ramírez Zmbrano

Buenas tardes! ¿Qué se puede agregar después de las opiniones de Martín e Isabel...

Solo que parece tener BIA-a y cuando conduce con BRI parece tener un PR más corto, quizás por supernormalidad como lo explica la Maestra Isabel, ya que el QRS más angosto mide 120 mseg y tiene trastorno de conducción de RD.

Saludos

Juan Carlos Manzardo

Gracias Juan. Al tener trazos del Holter de Arritmias los compartiré con uds. Un abrazo.

Leonardo Ramírez Zambrano

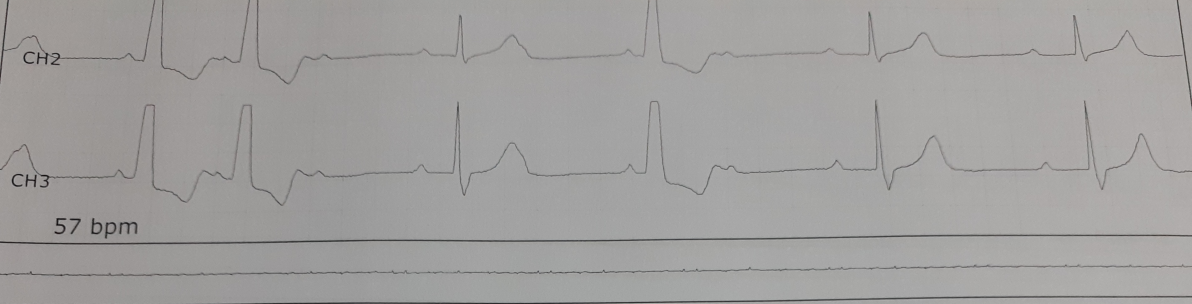
Buenos días compañeros de Cardiolatina.

Envió trazos del Holter realizado a mi paciente por quien consulte el foro.

Tras la evaluación de trazos más largos y en mi opinión se pone en evidencia que la paciente está en BAV de tercer grado con ritmo idionodal de escape.

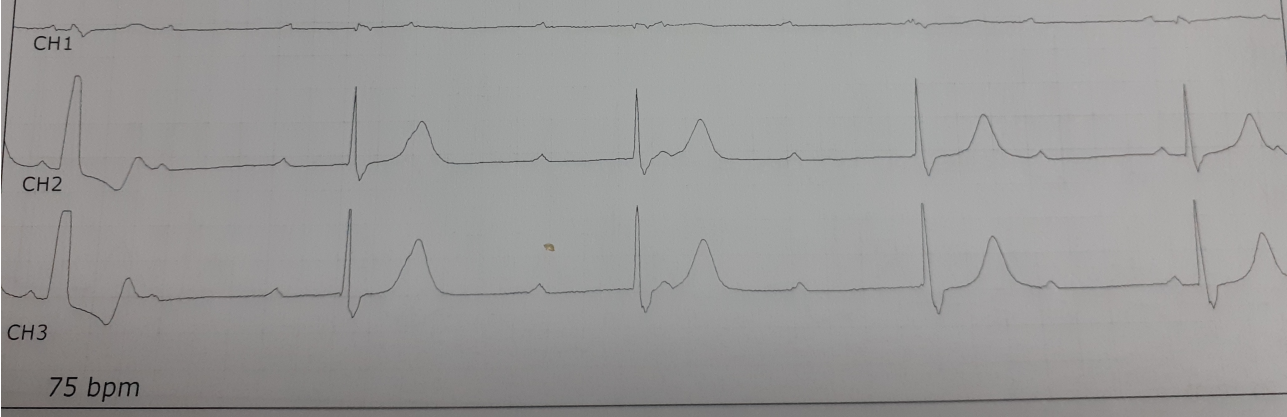
Todos los latidos de QRS ancho están precedidos de onda P: ¿algunos latidos conducidos?

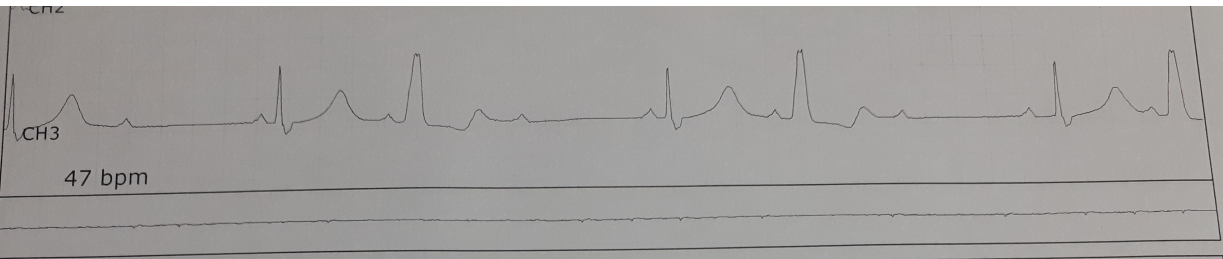
Muchas gracias por sus opiniones en este caso. Se implantará marcapasos.



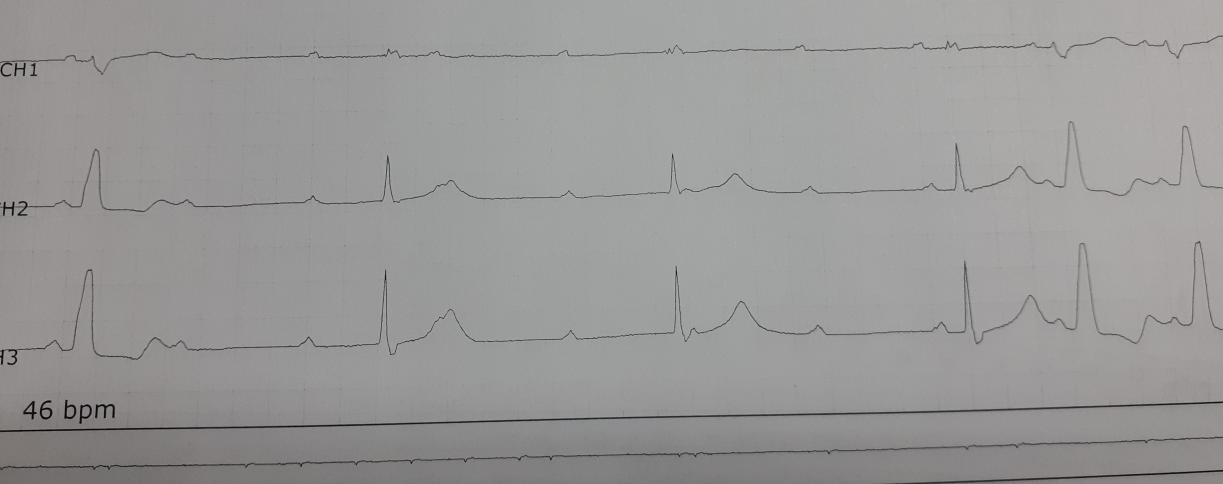
03:30:00 25 mm/s 10mm/mv **AV III**

383 A	1266	A 391 A	1258	A 453 V	1211	V 391 V	1203	V
157	47	154	48	132	50	154	50	





22:44:30 25 mm/s 10mm/mv **Bradycardia**



07:20:14 25 mm/s 10mm/mv **HR Maxima**

547	V	664	750	A 359	A 727	297	516	484	445	1063	V 313	A 664	570
110		90	80	167	83	202	116	124	135	56	192	90	105

CH3

40 bpm

04:41:29

25 mm/s

10mm/mv

AV III

1641
37

1516
40

1359
44

1641
37

CH1

CH2

CH3

39 bpm

04:47:02

25 mm/s

10mm/mv

AV III

1523
39

1359
44

V

1641
37

1625
37