

Paciente adolescente de 13 años con BCRD – 2008

Dr. Oscar Alberto Stepffer

ESTIMADOS COLEGAS DEL FORO DE ARRITMIAS.

Soy Oscar Alberto Stepffer, Médico Cardiólogo Infantil y Pediatra, argentino, vivo y ejerzo mi profesión en el conurbano norte de Buenos Aires. desde Vicente Lopez hasta Escobar. Leo siempre con sumo interés lo relacionado a arritmias de mi especialidad. Pero hoy me encuentro en la necesidad de recurrir a Uds por un paciente adolescente de 13 años, varón con buen desarrollo pondo estatural, que llega a mi consultorio para una evaluación predeportiva. Nunca se había efectuado un ECG. No hay antecedentes familiares de muerte súbita, se le ha realizado un ecocardiograma Doppler sin signos evidentes de patología estructural ni funcional, y ya está en etapa de realización de Holter, y Resonancia Magnética Nuclear. adjunto el trazado electrocardiográfico y estoy a la espera de sus opiniones. Muchas gracias por vuestro tiempo. Los saludo afectuosamente

Oscar Alberto Stepffer



OPINIONES DE COLEGAS

Bloqueo completo de rama derecha

Posiblemente congénito. Sin patología estructural agregada

Escaso a nulo valor patológico

(esa es la primera opción, o sea la más frecuente)

Atte

Diego Esandi

Cardiólogo Pediatra

Neuquen

Creo que tiene BCRD asociado a ¿preexcitación ventricular? En DI impresiona onda delta y en el tercer latido de DII, en V5 y V6. Ante esta situación es conveniente realizar un tira de ECG larga y ver alteraciones del ritmo con la respiración, porque en DII podría estar ocurriendo disociación isorrítmica (onda P -ritmo sinusal - y ritmo hisiano con frecuencias semejantes) y simular PR corto, aunque los primeros 40 mseg del QRS me impresiona enlentecido.

El Holter está bien, pero antes de la resonancia una ergometría para evaluar estas alteraciones con el ejercicio, además porque fue una evaluación predeportiva competitiva? O las del colegio?

Saludos.

Oscar Pellizzón.

Si, es un BCRD;pero llama la atención la forma del ST en DIII, aVF, y de V2 a V4. Si fuese un adulto, esas alteraciones del ST en dichas derivaciones, tendría que hacerme sospechar una isquemia localizada en la cara inferior y en la anterior. A no ser que este joven tenga una coronaria de nacimiento anómalo. Como las alteraciones del ST no se presentan en todas las derivaciones del ECG, estaría descartado una pericarditis. Si no posee soplo, HTA,y ninguna cardiopatía (llámese Hipertrofia VI, CIV, CIA) y como hace deportes,completaría el estudio cardiológico con una Laboratorio:TIF para Tripanosoma Cruzi, Aglutinación para Chagas Maza; Lab. lipídico; Rx de Tórax; una Ergometría, intentando aproximarme a los METS de su capacidad funcional cuando hace deportes y por si aparece alguna extrasistolia u otro tipo de bloqueos. Por la edad descartaría una cardiopatía isquémica, aunque es tan caprichosa la misma, que hay que estar siempre seguros, pero como tiene un BCRD se me va a hacer dificultoso explorar las porciones finales de la repolarización ventricular que están de por sí prolongadas. (diferente es el caso para una ergometría en presencia de BCRI) Le repetiría otros ECG en las próximas 48 hs, sobre todo para estar seguro de ese ST. Para estar más seguro un Holter de 24 hs. Y nada más, si todo ello da normal, no haría falta una RNM ni un EEF. Eso sí, controles periódicos. Gracias por permitir darte mi humilde opinión.

Quisiera saber que dieron los otros ECG que le hicieron y que resultados obtuviste con los estudios que piensas encarar.

Carlos A. Soria
San Juan
Argentina

Un lindo trazado... ¿quién le firma el apto físico? hablando en serio impresiona una arritmia sinusal respiratoria, a pesar de no tener un trazado de ritmo largo, y tiene una variabilidad del PR con la frecuencia cardíaca y en el trazado el QRS tiene más de 0,12 seg con signos de aparente sobrecarga ventricular derecha, y una desviación del eje a la derecha. Dado que refiere que el eco Doppler no tiene CIA ni alteraciones del VD, ni valvulares derechas se trata de un trastorno de la conducción puramente. En mi caso comparto dado el PR corto, con la desviación del eje sin cardiopatía ni hipertensión pulmonar que se trata de un WPW, y para la práctica deportiva si confirma dicho diagnóstico debe ablacionarse la vía accesoria para practicarlos, en el Holter y ergo probablemente tenga el mismo bloqueo de la rama, y aunque no tenga síncope ni arritmias debe ablacionarse.

Lo que me llama mucho la atención además de la duración del QRS es la exagerada variabilidad de la frecuencia cardíaca, empieza el trazado con 60 por minuto y luego llega por momentos a 100 por minuto y al final del trazado regresa a 60 por minuto.

En mi opinión no debería realizar actividades competitivas hasta realizar una consulta con todos los estudios que ud le pidió al arritmólogo y que éste decida si quiere realizar algún estudio complementario. ya que para nada me parece un BCRD congénito inocente y si este es el caso, yo estaría muy seguro con todos los estudios complementarios antes de dar este diagnóstico por más que sea el más común es llamativa la duración del QRS, y la desviación del eje eléctrico como ya dije.

PD. a los que han referido ECG previos y se han discutido en el foro les estaría agradecido si luego de confirmar o no los diagnósticos vuelvan a exponer el caso con el resultado obtenido. Sino estamos dando opiniones meramente y no por quien tiene razón sino por el objetivo que es discutir los casos, en mi opinión sería interesante cerrarlos,

informar de los estudios realizados y diagnóstico definitivo. Pido disculpas si han mandado esto pero según recuerdo en los últimos tres casos nunca volví a recibir un mail del médico que refirió el caso con los resultados.

Muchas gracias

Martin Ibarrola

Bloqueo completo de rama derecha pero además con eje bien desviado a derecha - hemibloqueo posterior izquierdo o una sobrecarga derecha.

Puede no ser nada pero creo imprescindible un ecocardiograma en buenas manos.

Saludos:

Alejandro Cuesta

Me gustaron todas las opiniones.

¿Puede ser que el estandar del equipo no esté bien calibrado? overshooting

Referido sobre todo a las modificaciones del ST y la T...

Luis Roca

Hola a todos.

Coincido con el Dr. Esandi en la aproximación al paciente.

Creo que en estos casos un buen ecocardiograma alcanza para descartar patología estructural y en gral no es necesario una RNM. Agrego también un Holter para descartar trastornos más avanzados de la conducción. De ser esto normal mi postura es siempre tranquilizar al a familia y le dejo al paciente hacer una vida normal.

Una consideración general más. Creo que hay que ser prudente en la evaluación de estos casos, y considero que no se puede extrapolar directamente la medicina del adulto a los adolescentes, ya que se trata de sustratos totalmente diferentes.

Por ejemplo sería rarísimo que la causa de este hallazgo electrocardiográfico en este chico de 13 a. fuera isquémica. De ser así, la causa más común sería una anomalía coronaria y sin dudas este no es el patrón mas típico de la variante más común de las anomalías congénitas, que es la ALCAPA. Las otras variantes tienen una asociación mucho menor con infartos precoces que dejen una secuela electrocardiográfica a partir de la cual se llegue al diagnóstico. En general se diagnostican en chicos con ECG basales normales que presentan dolor precordial o síncope durante el ejercicio, alteraciones del ST durante la ergometría, arritmias ventriculares precipitadas por el ejercicio, etc. A veces lamentablemente se llega tarde ya que pueden ser causa de MS.

Un saludo

Jose Moltedo

Electrofisiologo pediatra

En el trazado se ve un bloqueo completo de la rama derecha, pero la posibilidad de algún grado de preexcitación no es descartable ya que en DII el PR varía y la onda P también, espero saber el resultado del Holter. Por lo general en pacientes jóvenes con eco normal los BCRD sin sintomatología son encuentros sin otra repercusión que solo la anomalía del ECG.

Dr. Ignacio Perez Gálvez

Apreciados colegas, sin duda alguna se trata de un bloqueo de rama derecha con arritmia respiratoria sinusal. Aunque los cambios parecen ser patrón de isquemia se descarta por la edad del paciente. No se puede descartar un WPW por lo corto del PR. Una prueba de esfuerzo + ecocardiografía como procedimientos iniciales sería prudente, antes de pensar en resonancia magnética y EEF.

Saludos,

Dr. Oswald Londono

Centre Mèdic i Cardiològic

Barcelona

Queridos amigos:

La verdad es que estoy sorprendido de nuestros queridos cardiólogos pediatras, y además de la talla científica de Diego y José.

A decir verdad, no han sido sólo cardiólogos pediatras quienes han omitido simplemente mencionar el primer diagnóstico que a mi criterio debe sospecharse A CUALQUIER EDAD, y en nuestros países latinoamericanos ante un bloqueo completo de rama derecha.

No quiero introducirme en el análisis del ECG propiamente dicho, si tiene o no tiene PR corto, si hay o no alteraciones del ST-T, etc.

Sólo quiero reflexionar sobre la presencia de un BCRD.

O vivimos en otro planeta, o cambió la curricula de nuestras facultades, pero para mi, que vivo en Argentina, mi primera consideración es descartar, como lo planteó Luis, la ENFERMEDAD DE CHAGAS. No me importa dónde nació este niños; también existe el Chagas congénito y el transfusional

Ya no tengo presentes las cifras, pero las di a conocer en el Capítulo de Chagas del primer libro del Dr. Bertolasi, Cardiología Clínica, que el publicara en 1987 junto a Fernando Battle; en aquella publicación dimos a conocer los resultados de una encuesta serológica y ECG realizada en la región del Impenetrable, en el Chaco Argentino y fue terrible constatar que en niños menores de 5 años, ya había ECGs con BCRD en aquéllos que tenían serología reactiva para Chagas.

Ya lo expresé en el Foro de Cardiología Pediátrica ante una pregunta mía que quedó sin respuesta: me produce profundo dolor que no se piense en esta patología, aunque nos equivoquemos, por el simple hecho que en menores de 14 años hay poderosos antecedentes que indican que el tratamiento parasiticida es capaz de curar la enfermedad,

Y -vuelvo a decirlo con profundo dolor- nuestros pediatras que habitan sobre todo en áreas endémicas no piensan en Chagas. Sólo eso explica que haya tantos millones de adultos parasitados (16.000,000, según cifras de la OMS) de los cuáles un 30% desarrollará distintos grados de cardiopatías, y haya tan escasos diagnósticos de Chagas agudo en la infancia. Y no hablemos de aquellos niños que como este, tiene un BCRD, la lesión por antonomasia de la cardiopatía chagásica, que al decir de mi viejo Jefe de Clinica Médica, allá a fines de los 60, el Prof. Adalberto Goñi, el diagnóstico lo hacía hasta el "vigilante de la esquina" (así llamábamos en nuestro país, al policía que tenía su parada en el cruce de las calles).

Y les explico el origen de mi dolor: hace a imaginar cierta "colonización cultural" de nuestro pensamiento médico, a pensar según las guías de EEUU o las guías europeas y desconocer lo que nos rodea cotidianamente.

Y les doy un triste ejemplo de dicha colonización cultural: días pasados un paciente HIV de nuestro medio fue internado con un cuadro neurológico (obnubilación, convulsiones).

La TAC demostró una masa intracerebral, y nuestros residentes, "según las guías" comenzar el tratamiento como si se tratara de una toxo. Impecable!.... según las guías toda masa intracerebral en un paciente HIV es una toxoplasmosis.

El paciente falleció.

Y en la necropsia de su cerebro se encontraron Tripanosomas.

Queridos colegas: la mayoría de nosotros vive en Latinoamérica. ¡Pensemos como latinoamericanos!

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Excelente apreciación, en Colombia sucede igual, nos alejamos de nuestra realidad latinoamericana y queremos seguir las guías norteamericanas o europeas en un país totalmente distinto

Adlay Martínez

Querido Diego:

¡Me encanta que luego de tanto tiempo volvamos a hacer este intercambio de ideas quasi filosófico y tan enriquecedor!!

Tu aplicación de la teoría de los conjuntos a este debate me parece sencillamente genial

Lacan (con perdón de muchos) también utilizó este modelo matemático para introducir sus categorías de Real - Imaginario y Simbólico!! aplicables al estudio del inconsciente.

Pero sólo ahora quiero detenerme en un punto de lo que desarrollás.

Decís que en 22 años sólo viste un solo caso de Chagas congénito. O sea, no viste (ni diagnosticaste por ende ningún caso de Chagas agudo -digamos, vectorial-).

Es cierto que tu provincia, nuestra Neuquén Patagónica, no es endémica para Chagas. Pero hay casos auténticamente neuquinos de Chagas crónico. Se estima que el índice de casos de tu provincia ronda entre el 0.01 a 0.99%, o sea baja prevalencia. Neuquén tiene 560.726 habitantes. Es decir habría 5.600 pacientes chagásicos. ¿Hubo acaso 5.600 diagnósticos de Chagas agudo?

No. Categóricamente, NO!!!!

Es decir, pasaron desapercibidos por el simple hecho que casi todos los médicos creen que Chagas agudo es sinónimo de Síndrome de Romaña (complejo oftalmoganglionar) y como éste es EXCEPCIONAL, nadie diagnostica Chagas agudo. Y luego habrá con el correr de los años 5.600 pacientes chagásicos, de los cuales más de 1.600 tendrán distintos grados de cardiopatía, 160 a 300 de ellos con severas miocardiopatías dilatadas que requieren marcapasos, cardiodesfibriladores y reiteradas internaciones por insuficiencia cardíaca.

Todo ello, porque cuando el cuadro era tratable y CURABLE -estamos hablando de las dos primeras décadas de la vida- nadie lo sospechó.

Y en presencia de un bloqueo completo de rama derecha, con todo el respeto y cariño que vos sabés que te tengo, te digo que ello es imperdonable.

Para hacerla breve, en nuestros países ante un BCRD, TENEMOS OBLIGACION MEDICA, ETICA Y MORAL de descartar enfermedad de Chagas.

Después podemos seguir platicando de la teoría de los conjuntos y si te parece también, del nudo borromeo.

Un fuerte y afectuoso abrazo

Edgardo Schapachnik

BCRD. No sé en qué más ayudaría un HOLTER y una RMN. Si es para evaluación deportiva, le haría un prueba ergométrica y si todo está bien le autorizo a realizar

ejercicios sin restricciones. Aprobaría lo del test de Chagas si procediese de una zona endémica o tenga antecedentes familiares, o se haya hecho transfusión sanguínea.

Luciano Pereira

Querido Edgardo:

Tomo tu reprimenda humildemente, y te doy la razón en el hecho epidemiológico y cultural que mencionas.

Creo que quizás algunas referencias puedan ayudarnos a comprender y entendernos en esta situación.

Me permito separar los "conjuntos" analizados. El "conjunto" población y las endemias se someten a los criterios que mencionas, pero no es el único "conjunto" en términos matemáticos y poblacionales.

En la actividad de nuestra profesión es muy común que los "conjuntos" se superpongan y existan reacciones cruzadas y también análisis cruzados.

Por ejemplo, el "conjunto" de mi zona poblacional tiene cientos de veces más hidatidosis que Chagas (Neuquen, Patagonia) He atendido un solo caso de Chagas congénito en 22 años. En la zona vemos más HIV pediátrico o hijos de adictos, que Chagas (vuelvo a reiterar: un caso solamente; consulté en esa ocasión a la infectóloga tratante y me dijo que trataba solamente dos casos congénitos).

Muy recientemente se ha iniciado una migración desde el norte y han comenzado a existir "conjuntos" que seguramente interactuarán con el "conjunto" local. En mi provincia, el plan de salud pionero en Sudamérica por muchos de ustedes conocido, ha detectado vinchucas y otras yerbas y según los datos de Salud Pública Neuquen, prácticamente el 100%, sin infestación. Aún no hay una N de casos para que el híbrido entre ambos conjuntos florezca.

El "conjunto pediátrico" de bloqueos completo de rama derecha hasta la fecha, ha sido como el que mencioné en el mail anterior. Sin patología asociada, algunos de ellos familiares. De todos modos tu criterio podría ser el correcto en esta y otras oportunidades.

Es cierto que nuestros libros vienen del norte, casi toda la cardiología pediátrica está escrita en inglés.

Y esa es la responsabilidad a la que vos aludís y con razón nos remarcás. Repito, tomo tu apasionada y generosa demanda con respeto y humildad.

Creo que estos comentarios, pueden quizás ayudar a "asociar" y "desasociar" los conjuntos.

He tenido por mucho tiempo, la presunción de que una inmensa cantidad de conflictos son confusiones y "overlapping" en los conjuntos analizados.

Separarlos no siempre resuelve, pero aclara un poquito.

Con todo el respeto y afecto de siempre

Diego Esandi

La pasión puesta en el placer de debatir con vos, me hizo enviar un mensaje que no había revisado y que contiene gruesos errores!.

Evidentemente el 0.01 de 560.000 no es 5.600 como erróneamente calculé cuando escribí el mensaje anterior sino 56. Ello modifica toda mi construcción teórica aunque no los fundamentos que me llevaron a aquellas afirmaciones.

Retiro a Neuquén - por no ser zona endémica- pero afirmo nuevamente que en nuestro país sucede eso: no se diagnostica el Chagas agudo inaparente, el que cursa simplemente con un febrícula, quizás un catarro de vías aéreas, una diarrea, etc.

Me disculpo por la calentura matinal y el síndrome del dedo fácil, que me hizo dar OK a un mensaje que no debía

Edgardo Schapachnik

Estimados colegas

llama la atención el acortamiento del intervalo PR en el segundo latido de DII con prolongación del intervalo RR, ¿podrá existir la posibilidad de disociación AV isoritmica con ritmo de escape hisiano por vagotonía en deportista?

Sería bueno ver resultado de ergometría, respuesta al aumento de frecuencia cardíaca

Dr. Alvaro Cormenzana Jujuy

Prezados colegas del foro:

Terminado nosso 63º Congresso Brasileiro de Cardiologia resolvi manifestar-me sobre o caso clínico em foco. Gostaria de afirmar que este quadro foi alvo de uma pequena apreciação de "balcão de congresso" (Explico: abri o email em um notebook a disposição dos congressistas, vi este ECG e mostrei-oa alguns colegas que emitindo opiniões,houve um consenso que a primeira condutano Brasil seria a procurar e afastar doença de Chagas como causadora deste BCRD). Fui provocado a enviar uma mensagem neste sentido, mas acompanho este forum há bastante tempo, silenciosamente, sempre aprendendo com pouquíssimas intervenções e muitas delas para demonstrar apreciação e agradecimentos. Dizemos aqui no Brasil: prudencia e caldo de galinha não faz mal a ninguém. Agora estou aqui a manifestar reconhecimento incontestado ao Prof. Edgard que com enfática sabedoria nos dá uma lição austera e digna sobre nossas idiosincrasias as quais nos remetem a humildemente baixar a cabeça e dizer com o Dr. Esandi: Obrigado professor Edgard e repita-o sempre que necessário.

Dr. Adail Paixão Almeida

Cardiologista

Vitoria da Conquista - Bahia - Brasil

Este trazado muestra un BCRD con bloqueo de la división posterior de la rama izquierda sea considerada como división propiamente dicha o arborización de la red de Purkinge izquierda.

Tambien se ve en algunas derivaciones falta de P o P de diferente morfología como si hubiera una enfermedad del nodo sinusal.

Creo sin dudas es el ECG de un chagásico.

Marcelo Benassi