

Atleta duatlonista de 51 años con disnea y detección de arritmias – 2008

Dr. Guillermo Acosta

Estimados colegas,

Les mando un caso clínico para decidir conductas y discusión por el foro si Uds lo deciden.

Se trata de un paciente masculino de 51 años, Atleta duatlonista (corre y anda en bici, a veces natación también) desde los 35 años, sin antecedentes de factores de riesgo para cardiopatía isquémica que refiere historia de Disnea intensa en un par de ocasiones desde hace 2 meses en ocasión de estar en entrenamiento (corriendo entre 15 y 30 minutos).

Viene a mi consulta no solo por los relatos de los episodios que motivaron su consulta a otro Cardiólogo, sino que quiere saber si puede seguir compitiendo ya que tiene una competencia este fin de semana.

En la primera consulta tiene un examen físico normal con TA 120/80, y el ECG que adjunto. Luego se le realiza Holter que también adjunto. Es de destacar que durante el registro Holter (incluyo entrenamiento en bicicleta entre las 16 y 17:30) FUE ABSOLUTAMENTE ASINTOMÁTICO.

El Eco doppler es :

Ventriculo izquierdo: 50 mm, Septun Interventricular 14.5, Pared Posterior de 11, Función normal. Doppler normal.

Me gustaría mucho la opinión de los participantes del foro así como su conducta ante este caso.

Un abrazo.

Guillermo Acosta

Catamarca, Argentina.



Médico Operador: ACOSTA, GUILLERMO

Institución: CENTRO DE ESTUDIOS DE HIPERTENSION ARTERIA

Matrícula: 985

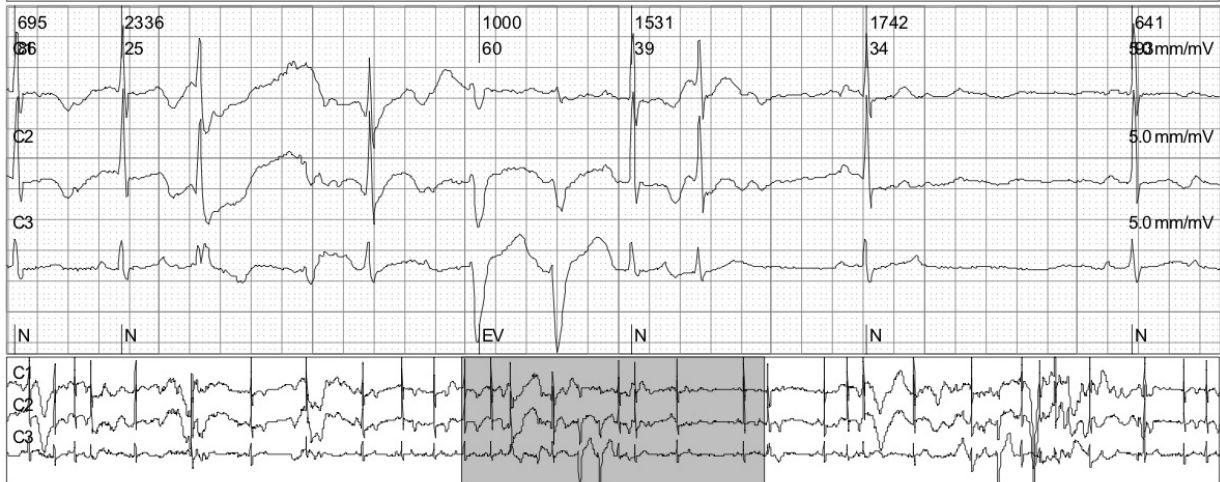
Dirección:

E-Mail: gacosta@arnet.com.ar, gacosta0607@hotmail.com

Teléfono: 435351

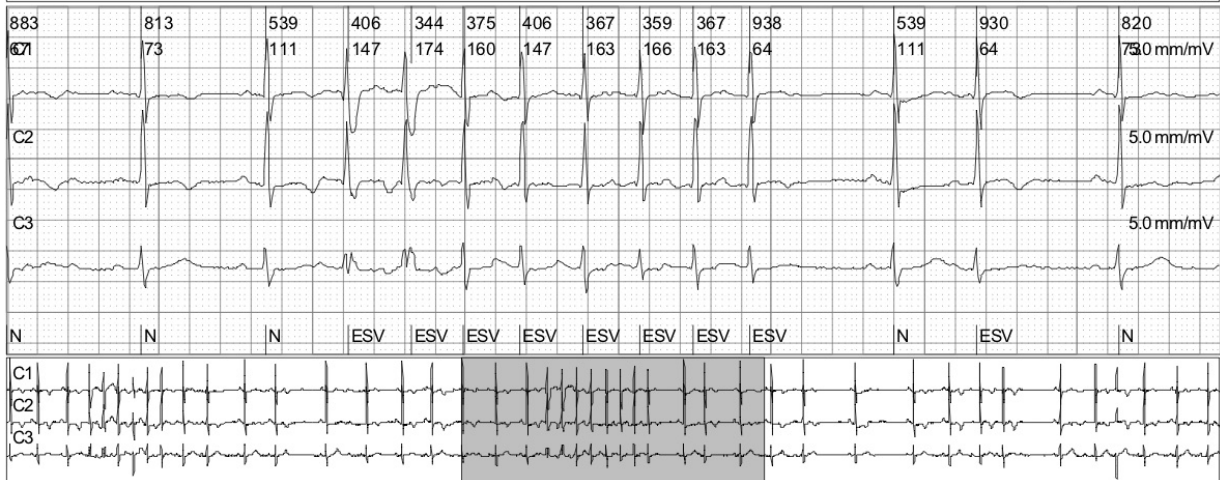
13/09/08 18:58:16 "DUPLA"

47 [LPM] 25.0 [mm/seg]



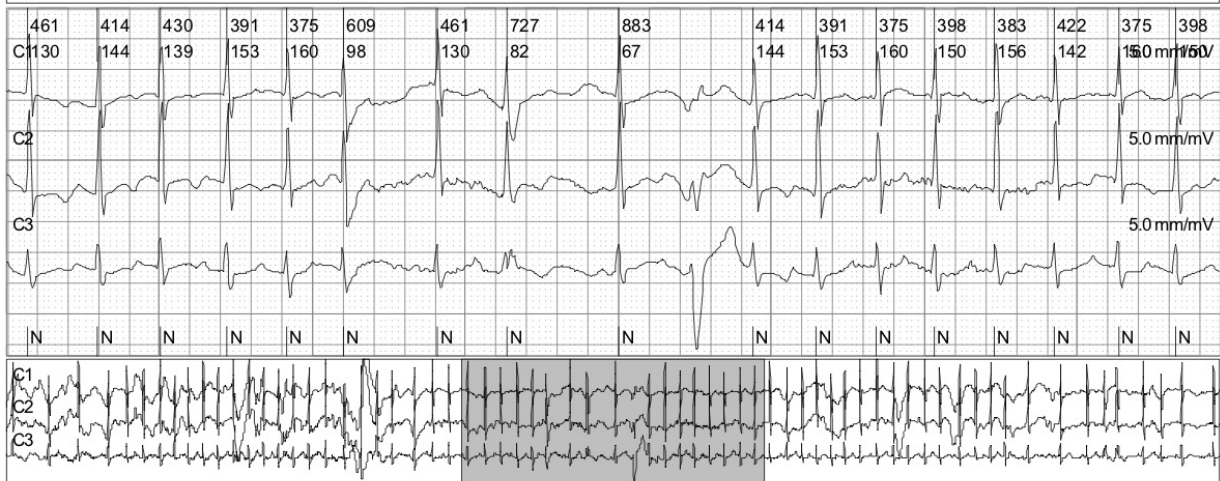
13/09/08 20:09:41 "TSV"

98 [LPM] 25.0 [mm/seg]



13/09/08 20:39:14 "TSV + EV"

129 [LPM] 25.0 [mm/seg]



Médico Operador: ACOSTA, GUILLERMO

Institución: CENTRO DE ESTUDIOS DE HIPERTENSION ARTERIA

Matrícula: 985

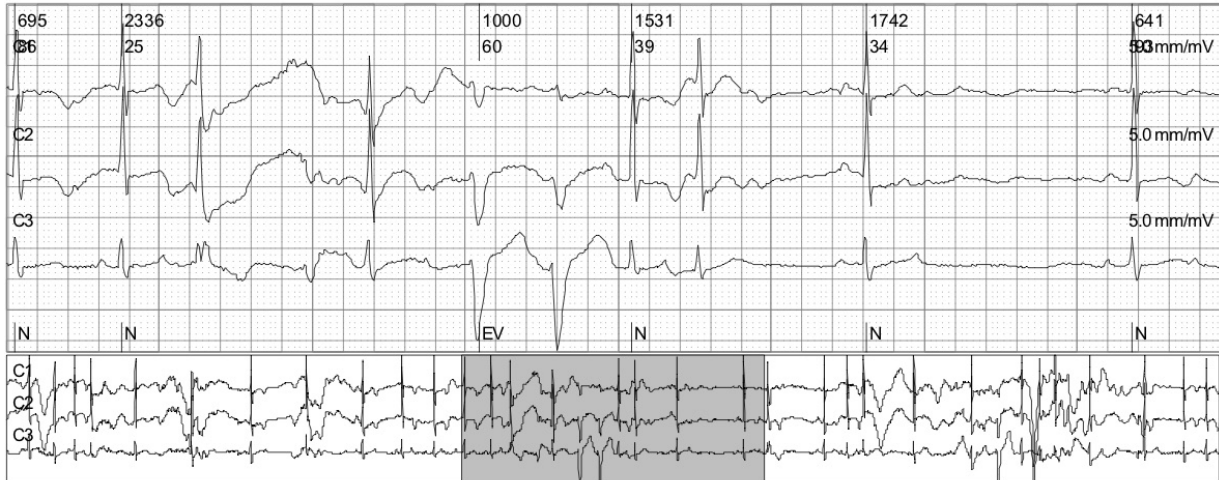
Dirección:

E-Mail: gacosta@arnet.com.ar, gacosta0607@hotmail.com

Teléfono: 435351

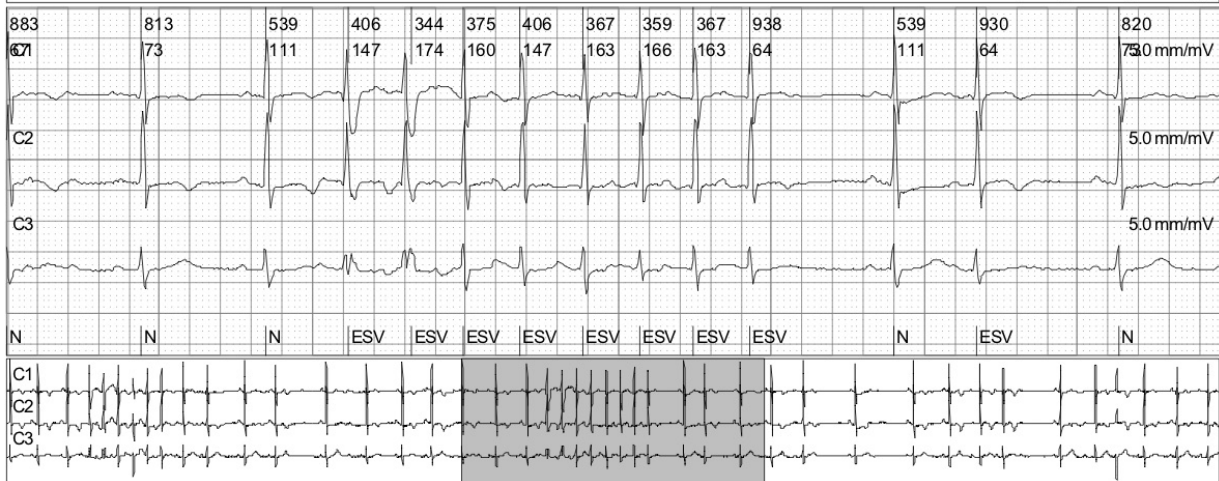
13/09/08 18:58:16 "DUPLA"

47 [LPM] 25.0 [mm/seg]



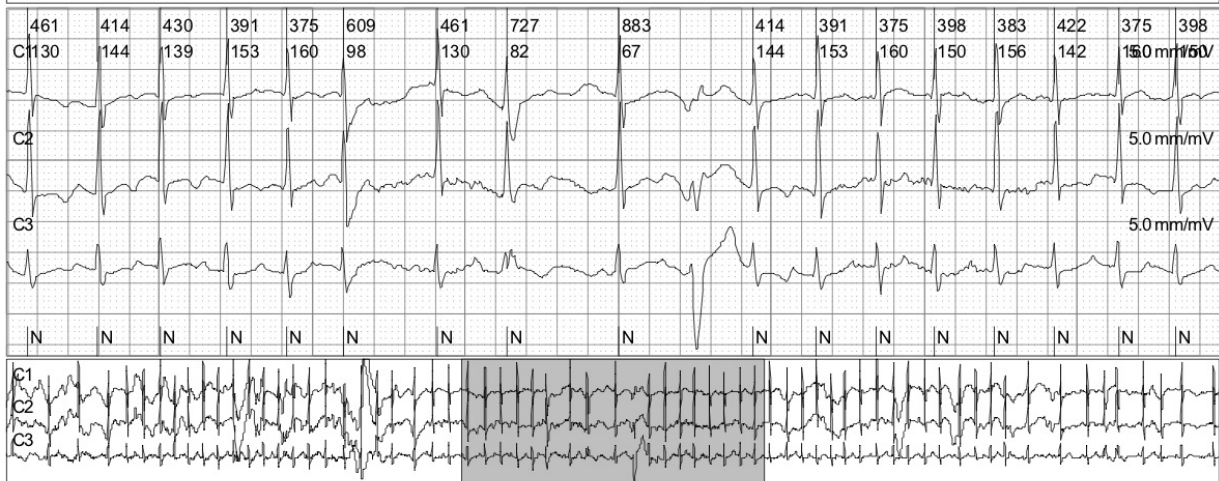
13/09/08 20:09:41 "TSV"

98 [LPM] 25.0 [mm/seg]



13/09/08 20:39:14 "TSV + EV"

129 [LPM] 25.0 [mm/seg]



Médico Operador: ACOSTA, GUILLERMO

Institución: CENTRO DE ESTUDIOS DE HIPERTENSION ARTERIA

Matrícula: 985

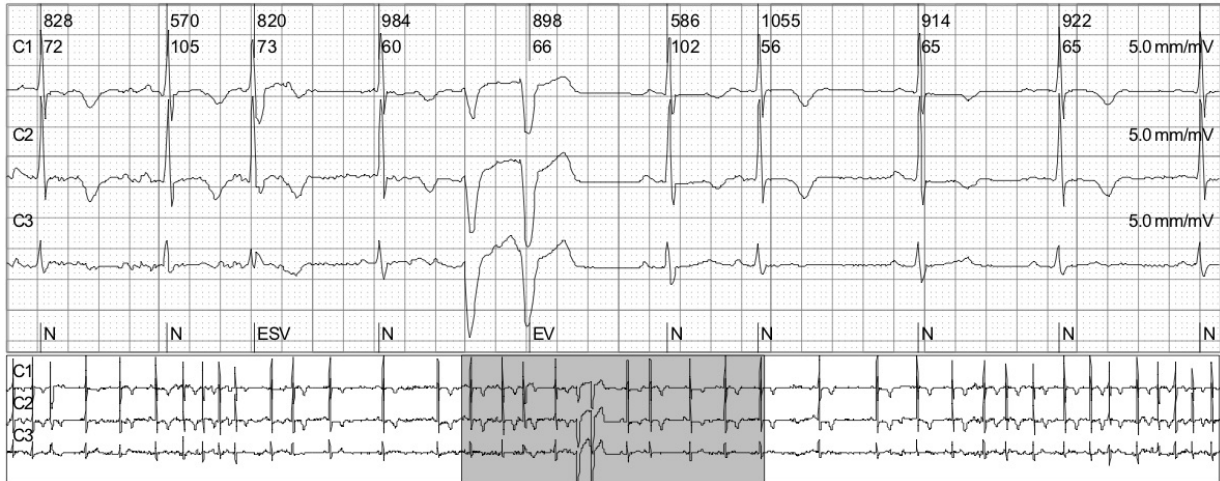
Dirección:

E-Mail: gacosta@arnet.com.ar, gacosta0607@hotmail.com

Teléfono: 435351

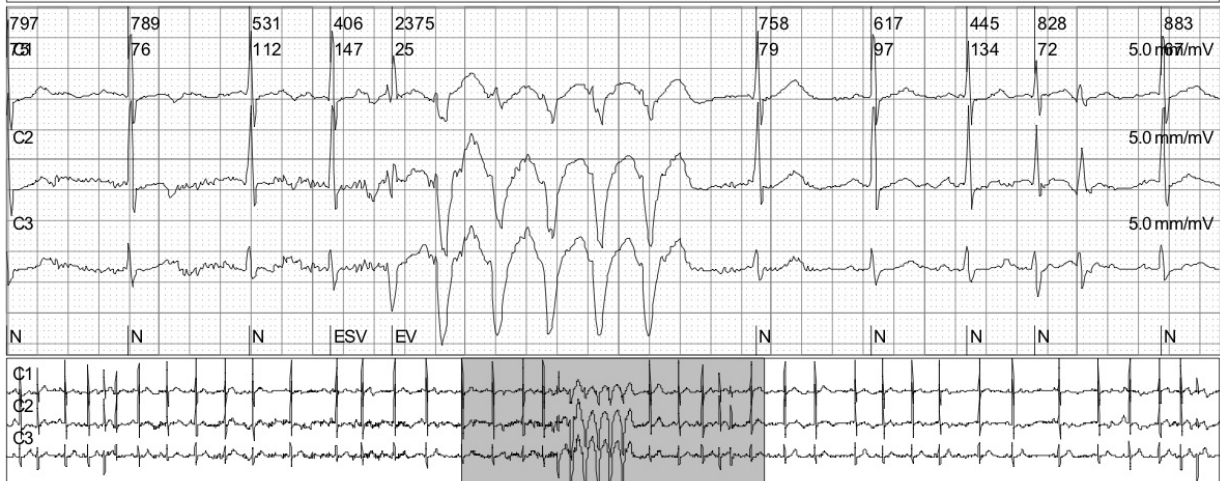
14/09/08 07:08:38 "EV"

66 [LPM] 25.0 [mm/seg]



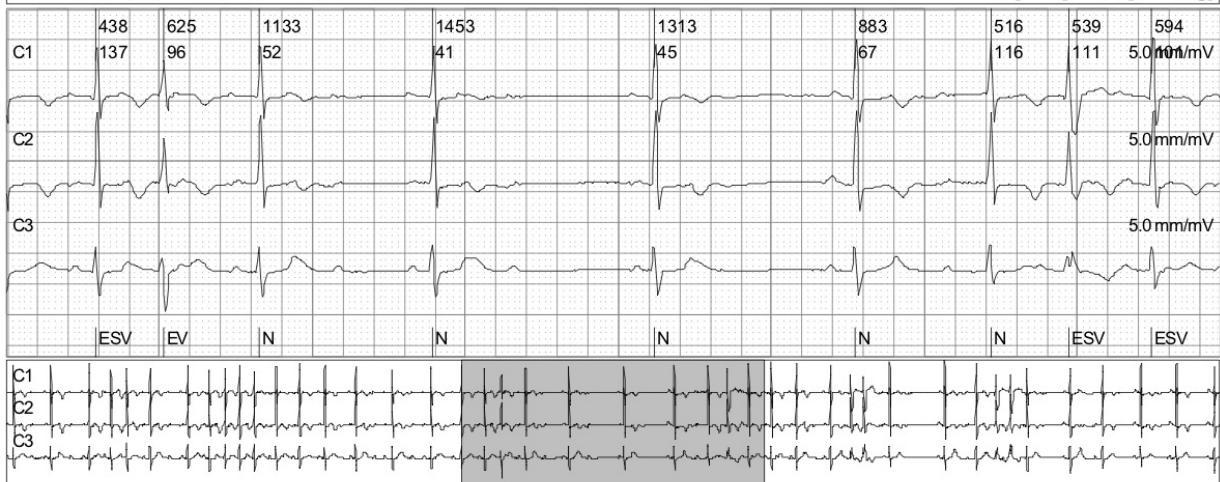
14/09/08 09:13:54 "TV"

68 [LPM] 25.0 [mm/seg]



14/09/08 09:58:54 "Ondas P no conducidas"

75 [LPM] 25.0 [mm/seg]



Médico Operador: ACOSTA, GUILLERMO

Institución: CENTRO DE ESTUDIOS DE HIPERTENSION ARTERIA

Matrícula: 985

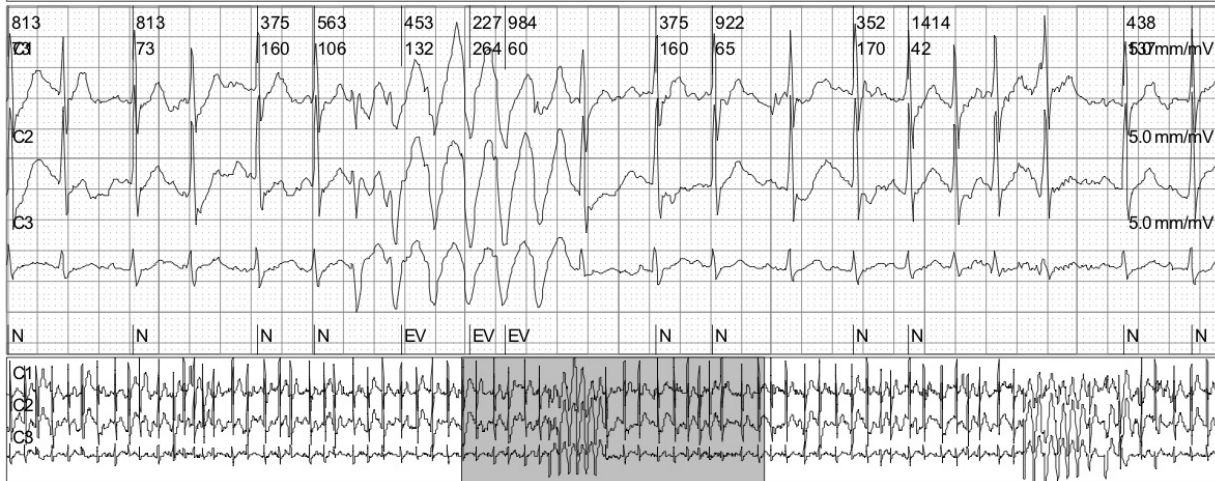
Dirección:

E-Mail: gacosta@arnet.com.ar, gacosta0607@hotmail.com

Teléfono: 435351

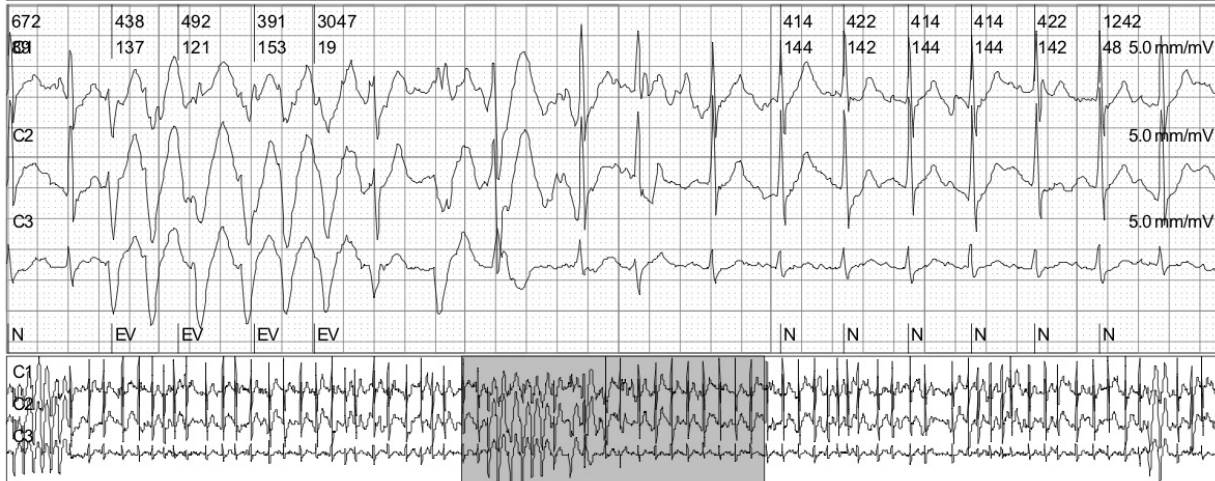
14/09/08 16:50:07 "TV"

99 [LPM] 25.0 [mm/seg]



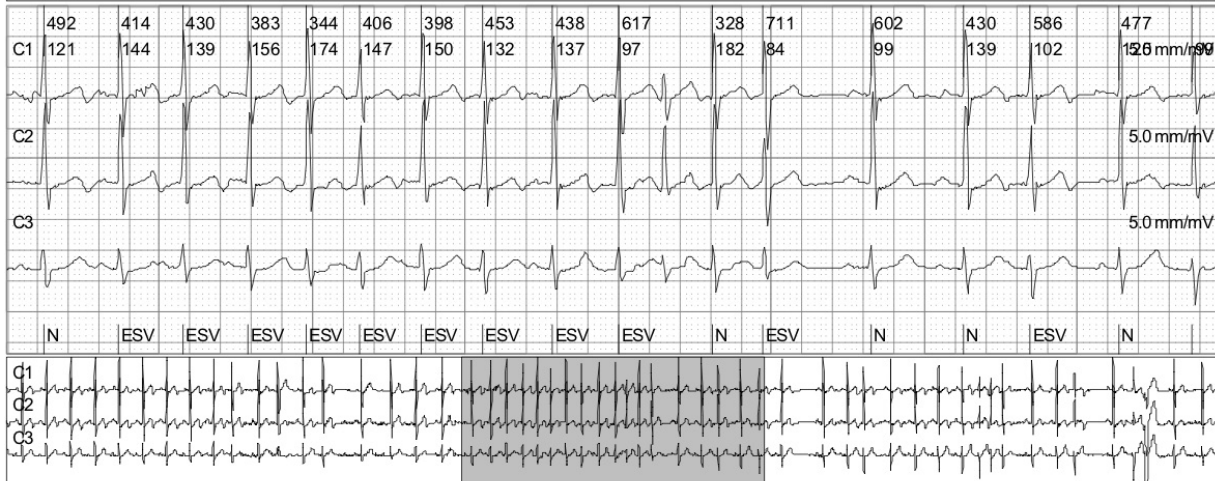
14/09/08 16:50:21 "Taquicardia V"

63 [LPM] 25.0 [mm/seg]



14/09/08 17:30:49 "Taquicardia SV"

121 [LPM] 25.0 [mm/seg]



OPINIONES DE COLEGAS

Y... está complicada la cosa.

Mucha arritmia ventricular compleja en el Holter.

Lo primero que haría es sugerirle que cese la actividad física competitiva, incluso el entrenamiento.

El ECG y ECO tiene hipertrofia septal. Puede ser una miocardiopatía hipertrófica, y por ella justificar la arritmia.

Y el primer síntoma puede ser la muerte súbita.

Le daría inicialmente enalapril y probablemente un B-bloqueante.

¿Y pensaría en un desfibrilador?

¿Qué dicen los arritmólogos??

Ricardo Omar Paz Martín

Apreciados Colegas, trazados muy interesantes. Antes de comenzar a descifrar e interpretar este gráfico es necesario y sería prudente el cese total de cualquier actividad física, pues tenemos un cuadro complicado que representaría una posible muerte súbita del paciente. Personalmente, le pediría que no compitiese más hasta no realizar las pruebas necesarias para establecer un diagnóstico.

En el trazado del Holter se aprecian episodios de AC x FA con respuesta ventricular variable; posteriormente un episodio de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida con salida a ritmo sinusal y de nuevo AC x FA. Bloqueo AV 2º Mobitz II con conducción variable 2:1, Sería ideal realizar un ECG basal con mejor definición sin artefactos (filtros), pero sin duda hay signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Creo que es necesario realizar un estudio electrofisiológico, un cateterismo cardíaco y una resonancia magnética cardíaca. Comenzaría a tratar al paciente con IECAS y

betabloqueantes (sotalol) a dosis bajas. Esto por el momento. Esperemos la opinión de otros expertos que seguro serán más útiles.

Oswald Londono

Estoy de acuerdo con el Dr. Ricardo Paz, el paciente presenta arritmias ventriculares complejas, con episodios de disnea previa, el Eco, se acerca al de un deportista de alto rendimiento, pero más aún y sumándole la clínica y los estudios previos, a uno que se encuentra en estado de sobreentrenamiento, a mi modesto parecer, le propondría al deportista la suspensión de su actividad, lo medicaría con atenolol (dado que la frecuencia así me lo permite) y no me apresuraría en un cardiodesfibrilador... no poseemos estudios previos.

Saludos a Uds. queridos amigos, desde Córdoba, con cariño.

Dra Gabriela Neyra

Estimados amigos del foro.

Creo que el paciente en cuestión no tiene un corazón sano. Un corazón de deportista sano puede tener una HVI simétrica sin exceder los 13mm de séptum (el presentado tiene 14.5mm y la pared posterior 11, de modo que hay asimetría). puede tener signos de HVI en el ECG (especialmente se ve en duatlonistas, que es el caso del paciente) pero la presencia de T negativas en D3-aVF V4-6 no son habituales en deportistas con corazón sano,; ocurren en presencia de severas HVI o cuando existe enfermedad coronaria agregada.

La presencia de extrasistolia SV o V monofocal aislada no son más frecuentes en deportistas que en sedentarios, pero nuestro paciente muestra:

a) episodios de "TSV" (que en la mayoría de los registros impresionan como FA) -ésto habla de afección estructural-

b) TVNS que en un deportista con corazón presuntamente sano debiera desaparecer con el ejercicio (cosa que no ocurre en nuestro paciente)

Para no aburrir, resumen:

a) Paciente con cardiopatía (miocardiopatía hipertrófica ó cardiopatía isquémica)

b) Debe SUSPENDER LA ACTIVIDAD DEPORTIVA COMPETITIVA.

c) Debiera realizar coronariografía.

d) debería investigarse carga familiar de MS y eco en familiares directos

e) creo que un eco stress con ergómetro podríamos ver conducta de la arritmia, conducta de la TA y podríamos medir gradientes.

Un abrazo a todos

Carlos Lavergne (NEUQUEN PATAGONIA ARGENTINA)

Buen día a todo el Foro!

(al menos en Córdoba es una hermosa mañana de sábado!)

Me "enganché" con el caso problema del amigo Guillermo. En 1er lugar le aconsejaría NO competir este fin de semana!

Parece ser una miocardiopatía hipertrófica con arritmia supraventricular con mayor/menor grado de aberrancia de la rama derecha y arritmia ventricular monomorfa en salvas preocupantes, que parecen predominar durante estados de predominio simpático. Las P bloqueadas, me pregunto si eran en un momento de predominio vagal (¿hermosa siesta catamarqueña?).

Sugeriría estudios funcionales para descartar isquemia y frente a resultados + o dudosos una cinecoronariografía. Si enfermedad coronaria se descarta, indicaría betabloqueantes y repetiría Holter y ergometría. Será interesante ver como sigue la historia!

Saludos cordiales a todos los amigos y conocidos

José Luis Serra

Buen día a todos; estoy de acuerdo con Jose Luis; aparenta una miocardiopatía hipertrófica, suspender actividad física, cámara gamma, para descartar coronariopatía, si es positiva, coronariografía, comenzar con b.bloqueantes y repetir ergometría y Holter.
Saludos

Manuel Salvador Cano

Estimados amigos del foro:

Coincido con todos los colegas en que el paciente en cuestión tiene un corazón patológico. Me inclino por una miocardiopatía hipertrófica, ya que si los cambios en la repolarización fueran secundarios a enfermedad coronaria no tendría tan buena capacidad funcional. El estudio que yo le indicaría es una coronariografía con TAC helicoidal.

Saludos

Miguel Barrera

Querido Carlos, estoy 100% de acuerdo con vos.

Te mando un abrazo

Marcelo Chambó

Caro Guillermo,

A qualidade do traçado deixa alguma dúvida. Poderia ao invés de TV tratar-se de Aberrância ?

atte,

Paulo Miranda

Respecto al índice de masa ventricular izquierda, me gustaría que los colegas ecocardiografistas me aclararan algo. Cuando empecé mi entrenamiento, las referencias a este valor decían que para la fórmula de Devereaux-Reichet, o de Pennsylvania, el IMVI era de hasta 100 g/m² en el sexo femenino y de hasta 120 g/m² en el sexo masculino; mientras que para la American Association of Echocardiography eran, respectivamente, de 120 g/m² y 150 g/m². Mucho agradeceré me proporcionen los valores actualizados, si hubieren, con las respectivas referencias. Sigo con mucho agrado las calificadas opiniones de los colegas sobre este interesante caso.

Agradecido desde ya.

Cordiales saludos.

Luciano Pereira

Hola Luciano.

A pesar de que mi área es la ecocardiografía, he seguido la lista de arritmias desde un comienzo y en ocasiones me he aventurado a comentar. En relación a este interesante caso, en que estoy de acuerdo con las posturas mencionadas, puedo decirte que desde el

punto de vista ecocardiográfico, según las recomendaciones de las sociedades americana y europea publicadas en el 2005, los valores de referencia normales son aún más bajos que los que tú mencionas y que se conocían históricamente. Los valores normales para mujeres es menos de 96 g/m² y en hombres menos de 116 g/m², considerando severamente anormal una masa de mayor o igual a 122 g/m² y mayor o igual a 149 g/m² respectivamente.

Saludos.

Mario Zapata

Ecocardiografista

Chile.

Estimados colegas de Foro de Arritmias:

Continuando con el caso del Duatlonista de 51 años, me parece que esos valores para el IMV de 96 para las mujeres y de 116 para los varones, si lo han estudiado y aprobado las Sociedades de Ecocardiografía se acepta y está bien. Por lo que vemos, son valores inferiores de lo que estábamos hablando.

No obstante he repasado el caso de los datos del Eco del duatlonista de 51 años y ratifico: el cálculo del IMVI es de 154,01 gr/m² se sup., mucho más que los 116 gr/m² de sup. de las sociedades de Ecocardiografía; y supera los 149 considerado para las HVI muy severas; y el Espesor Relativo de la PPVI es de 0,50; todo lo cual nos ubica en la clasificación geométrica de la Hipertrofia V. Izquierda: en una **HVI del tipo Concéntrica (muy severa)**

Los saluda

Dr Carlos A. Soria