

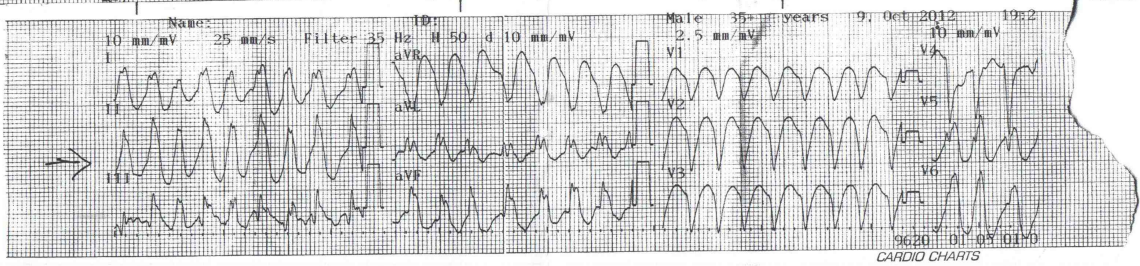
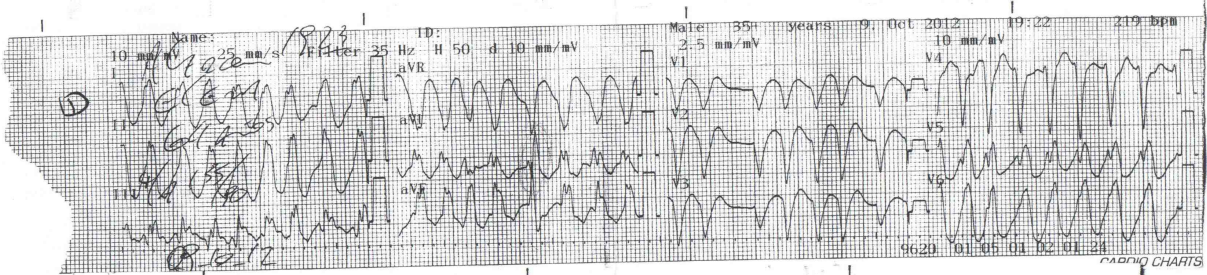
Mujer que presenta taquicardia de QRS ancho – 2012

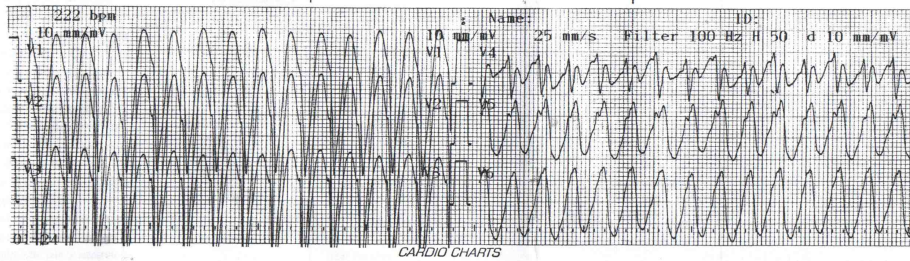
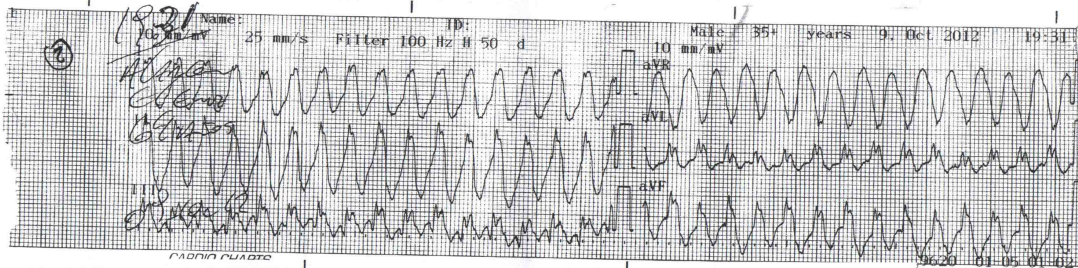
Dr. Juan Ricotto

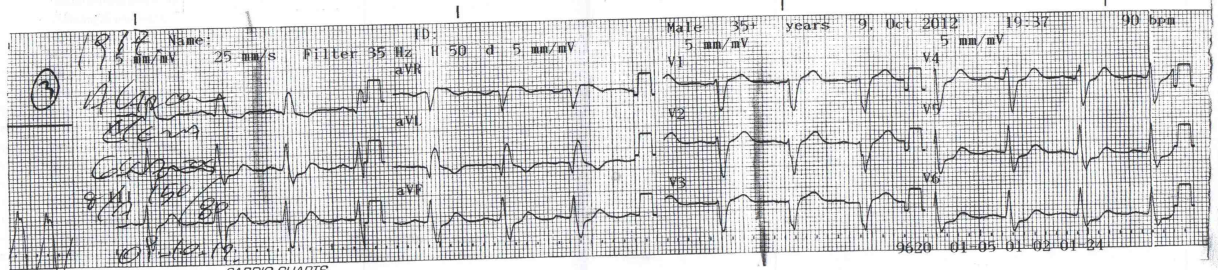
Estimado Edgardo, en octubre de este año mandé al foro un caso muy interesante de una paciente que ingresó a nuestro hospital con una taquicardia a QRS ancho, con un primer trazado marcadamente irregular, el segundo trazado era regular y el trazado de base, sin taquicardia, con un bloqueo de rama izquierda, ciertamente atípico. Este caso generó una linda controversia, sobre la etiología de la misma y fisiología del sistema de conducción. Se realizó un Estudio electrofisiológico, cuyas imágenes quiero compartir con Uds. Me gustaría conocer la opinión del foro ya que el resultado del mismo me sorprendió. Hago notar que la paciente está medicada con amiodarona 200 mg/día y hasta el momento se encuentra asintomática.

Atte Juan Ricotto

Hospital Provincial Neuquen







CARDIO CHARTS

INA

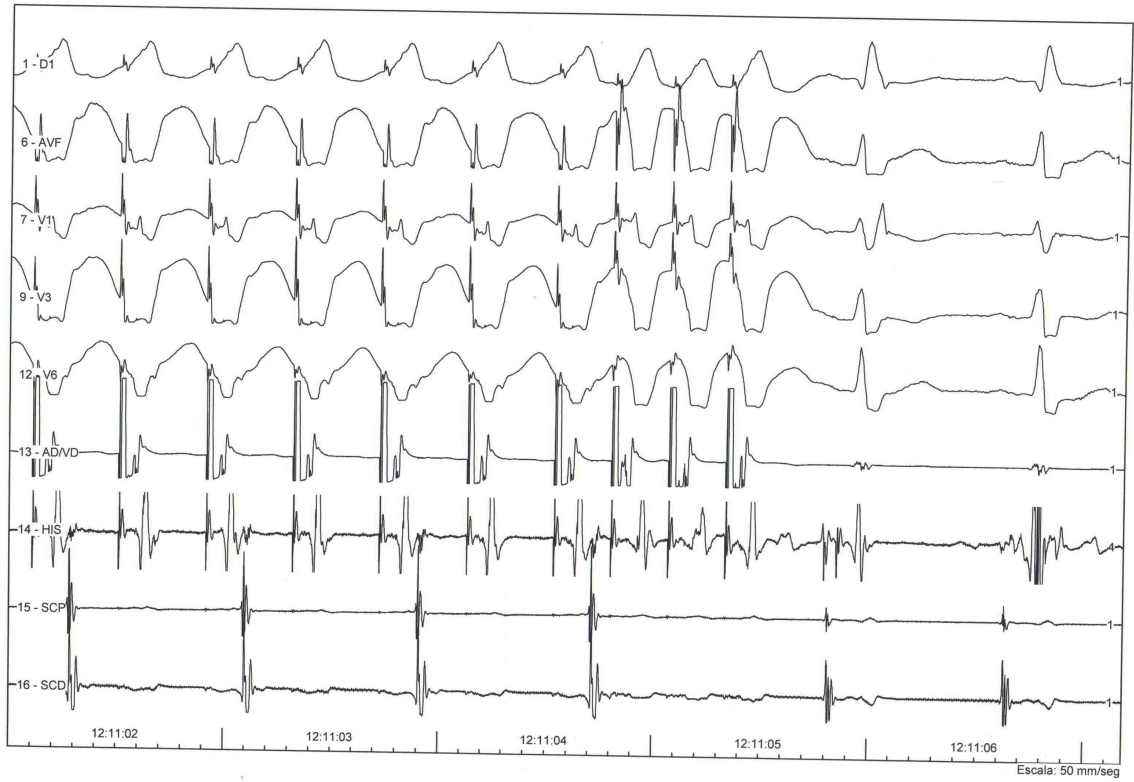
1070 11 11 11
1070 11 11 11
1070 11 11 11
1070 11 11 11

6

1070 11 11 11
1070 11 11 11
1070 11 11 11
1070 11 11 11

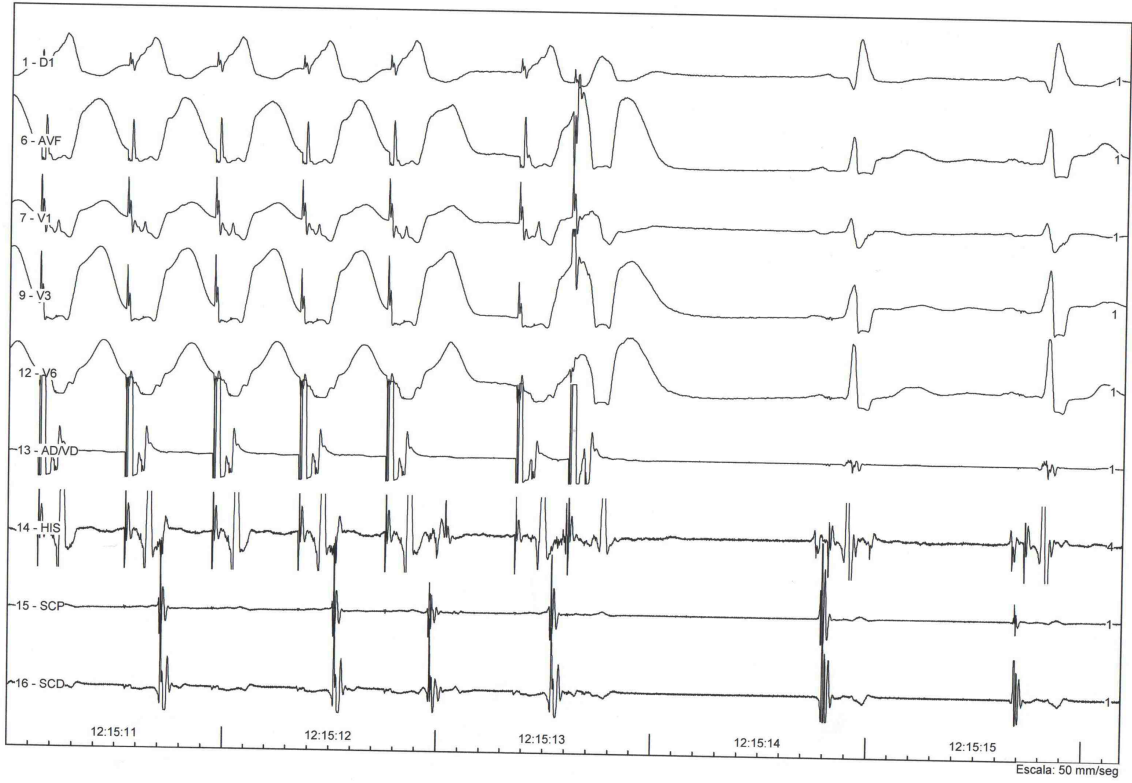
Paciente:

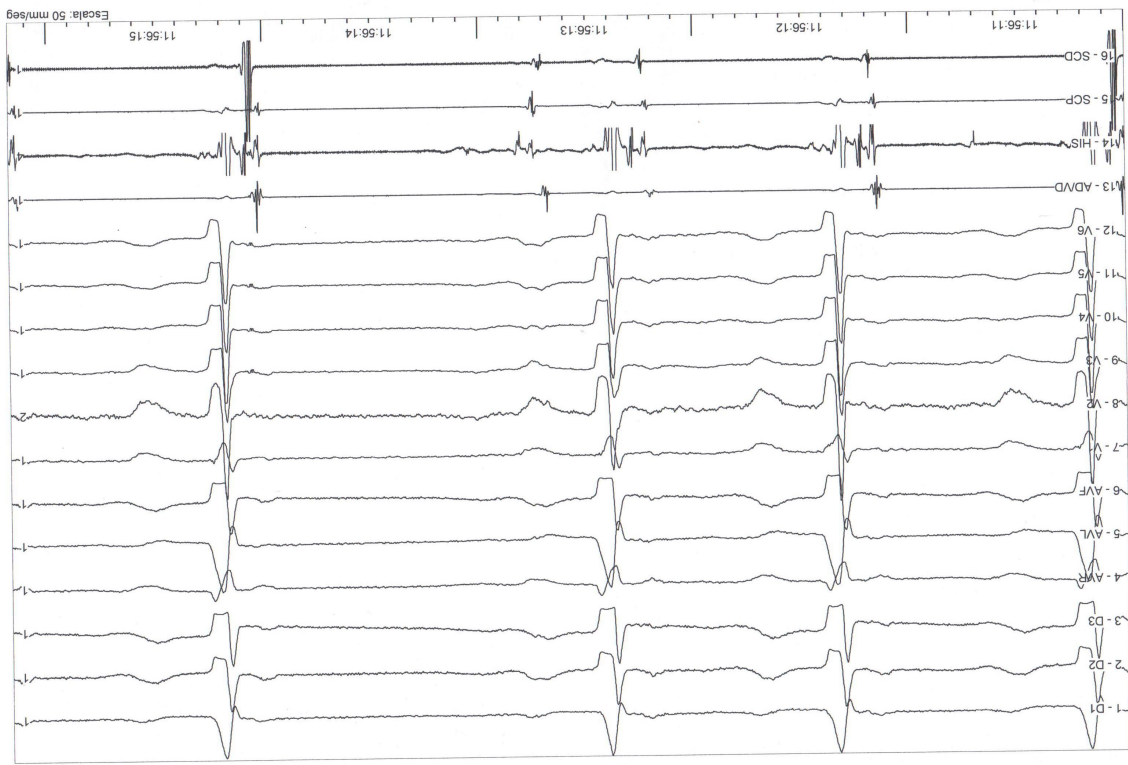
Fecha del estudio: 16/11/2012



Paciente:

Fecha del estudio: 16/11/2012



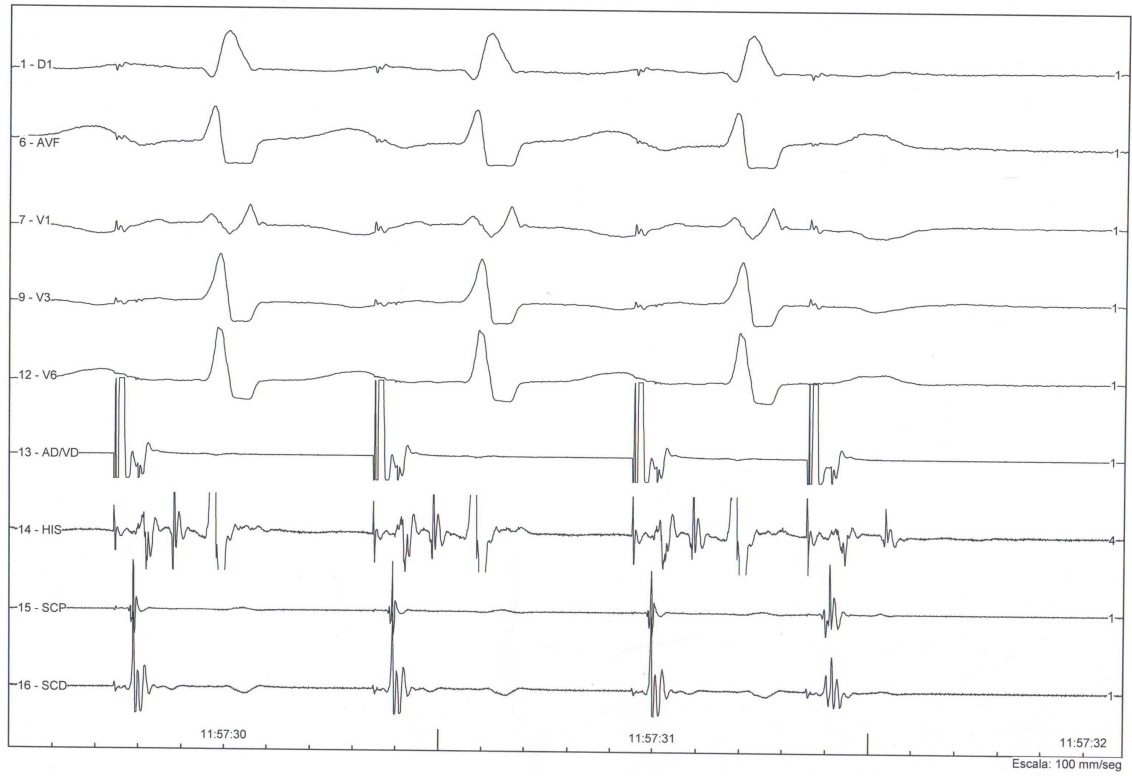


Fecha del estudio: 16/11/2012

Paciente:

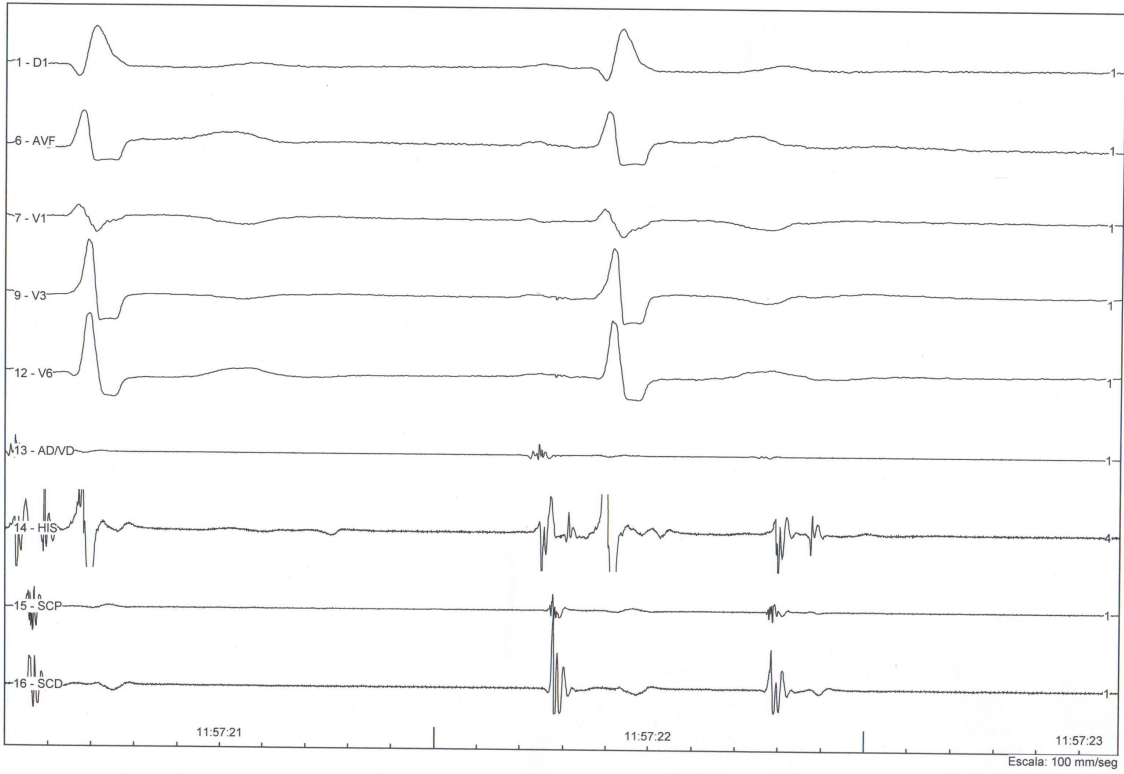
Paciente:

Fecha del estudio: 16/11/2012



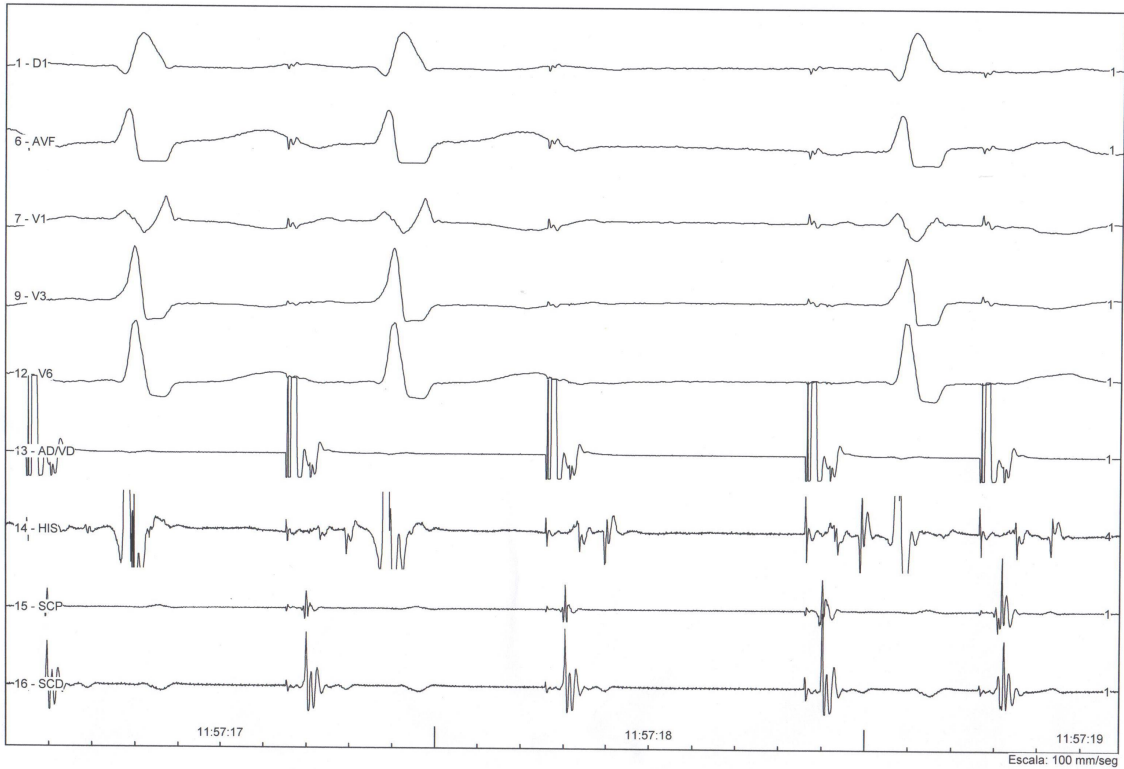
Paciente:

Fecha del estudio: 16/11/2012



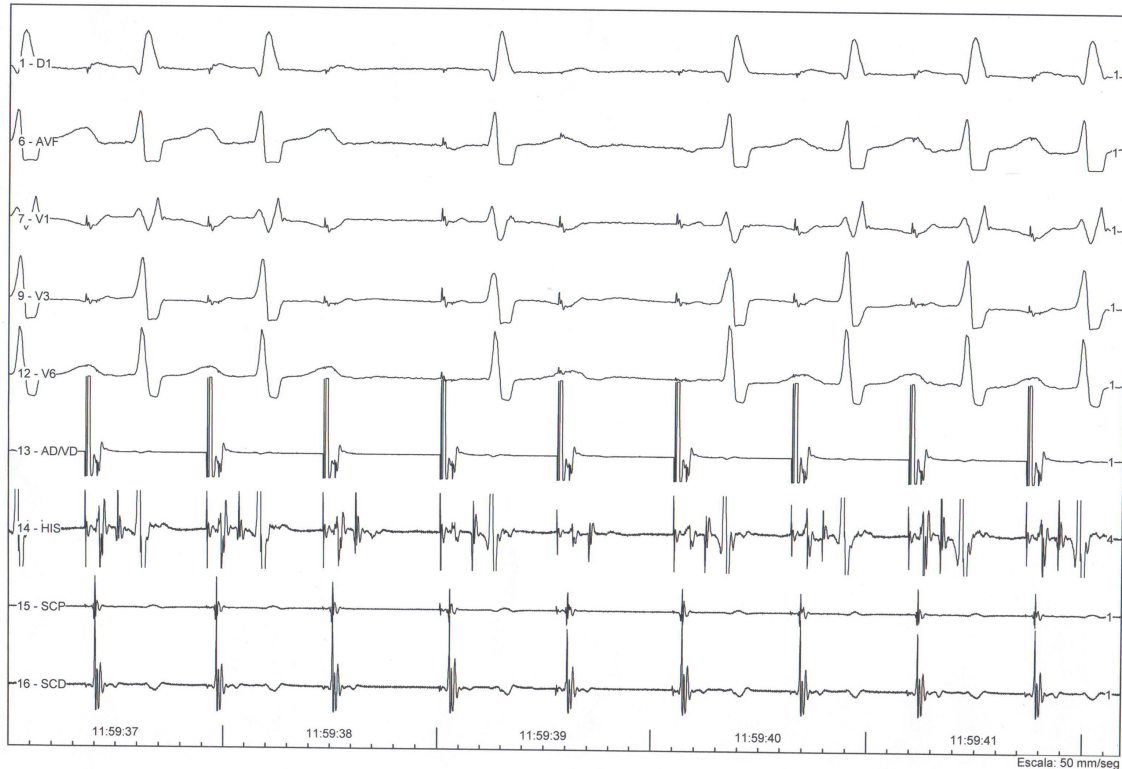
Paciente:

Fecha del estudio: 16/11/2012



Paciente:

Fecha del estudio: 16/11/2012



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Juan

Gracias por compartir el caso.

Hay una mezcla de imágenes ahora. Estoy un poco confundido:

1. Cuál es el ECG que muestra bloqueo de rama izquierda atípico, y que entendés por bloqueo de rama izquierda atípico?
2. A mi me impresiona un bloqueo de rama derecha. Y como no estoy seguro a cuál llamas bloqueo de rama izquierda atípico, no quiero generar confusión, pero si tal vez renumeramos los ECG, la discusión se haga más interesante, así todos sabemos de qué estamos hablando.

3. La taqui de QRS ancho me impresiona TV, se ve clara disociación.

4. Los trazados EPS me impresionan como un bloqueo infrahisiano. Aquí dejo a Pablo Chiale, el campeón de los trastornos de conducción PARA que explique porqué se bloquea y desbloquea a iguales frecuencias.

Podrás refrescarnos también porqué se le hizo el EPS? Para inducir la taqui? Cuál fue el resultado? Se suspendió la Amio para hacer el EPS?

Un abrazo y gracias por compartir el caso

Adrián Baranchuk

Estimado Adrián, ante todo gracias por tu interés.

En el tercer trazado electrocardiográfico, muestra un QRS imagen de BCRI, con Q en DI y AVL y S en V5 y V6. Hay una exvelente descripción del mismo por el Dr. Acunzo.

El ECG muestra fuerzas iniciales hacia abajo a la derecha y adelante. El cuerpo del QRS, fuerzas que se ubican hacia la izquierda y atrás: Las fuerzas finales terminan hacia la izquierda no hay ondas en DI. Existe caída de la onda R de V2 a V3. Conclusión: Agrandamiento ventricular izquierdo con inactivación eléctrica anterior. Trastorno de la conducción intraventricular. Las fuerzas finales que se observan en V5-V6 son posicionales (no existen fuerzas a la derecha como lo muestra D1). La inactivación eléctrica no significa necrosis miocárdica (Indica cancelación de fuerzas:(fuerzas de mas de menos o trastornos de conducción)

Puede existir BRI con fuerzas iniciales hacia la derecha (Q en D1); si en la HVD, que este no es el caso y en el BRI predivisional (FASI+BFPI) donde nunca vi uno o no lo supe diagnosticar.

Un abrazo

Rafael Acunzo

La idea de realizar un EEF fue para tratar de diferenciar el origen ventricular o supraventricular de la arritmia y descartar vías anómalas, por lo que se realiza el estudio, sin amiodarona (la suspendió 14 días antes). Descartándose la presencia de vías anómalas y no se logra inducción de arritmia

ventricular, sobre pensando en ablacionar una eventual taquicardia rama a rama. Qué opinión le merece la arritmia con respecto a esta última posibilidad.

Juan Ricotto

Hola Juan: Es difícil ver las figuras porque están demasiado grandes y algunas puestas verticales. De todos modos, seguro podemos decir que el paciente tiene un bloqueo de rama izquierda en la modalidad Mobitz II, ya que durante la sobreestimulación auricular se advierte un bloqueo infrahisiano en presencia de latidos con bloqueo de rama derecha, que es también intermitente, sin cambios en el intervalo HV. Si bien esto complica enormemente la resolución del caso, pienso que el trastorno de conducción en la rama derecha puede ser traumático, por ejemplo y, por lo tanto, no se ve invalidada la interpretación que hicimos del ECG inicial y cuya descripción proveyó Rafael. Si ahora, con el efecto de la amiodarona todavía presente, demostramos que hay un trastorno de la conducción intermitente en la rama izquierda, eso nos deja escasa probabilidad (pero no la excluye totalmente) de que nuestro diagnóstico inicial sobre la taquiarritmia fuera correcto. Hubo quien opinó acerca de la presencia de preexcitación ventricular, que queda virtualmente descartada. No se si esto ayuda, pero al no poder inducir la arritmia clínica en el laboratorio y al no disponer de un electrograma intraesofágico durante la arritmia el diagnóstico de certeza, a mi juicio no es posible, aunque todo apunte para TV derecha (¿tiene patología en el VD?).

Un gran abrazo y felicidades Juancito

Pablo Chiale

La tachycardia parece ventricular.

El ECG basal tiene un IVCD

Lo poco del EPS muestra bloqueo infrahisiano aún a frecuencia baja/acoplamiento largo
me debo estar tragando algo? que indujeron en el EPS? VT?

Qué cardiopatía de base tenía esta paciente? Cual era el EF? Le hicieron MRI?

Creo que necesita un "device" además de la amiodarona.

Por favor , necesito un poco de *enlightenment*

Gracias

Dardo Ferrara

Para mi es una taquicardia ventricular, salvo que en un EF me demuestren otra cosa.

Saude Eduardo

