

# **Paciente masculino de 68 años con disnea que presenta taquicardia de 143 lpm – 2012**

Dr. Jairo Rodríguez

Hola

Me tope con este caso hoy en el consultorio

Hombre de 68 años, ex tabaquismo, etilismo crónico, no hipertenso ni diabético, severa dislipidemia con CT 262, LDL 179, acude con disnea de clase funcional NYHA 3, consciente, con pulso palpable, e historia de haber sido tratado por otro cardiólogo con cordarone 200 mg c8 h y digital 250 mcgc.12h, además de aspirina. Aqueja únicamente disnea y dificultad respiratoria. No tiene plétora yugular ni estertores, el precordio sin galope ni soplos, solo taquicárdico. Abdomen y extremidades asignológicos, saturación de oxígeno por pulsioximetría de 80%, fFC 143.

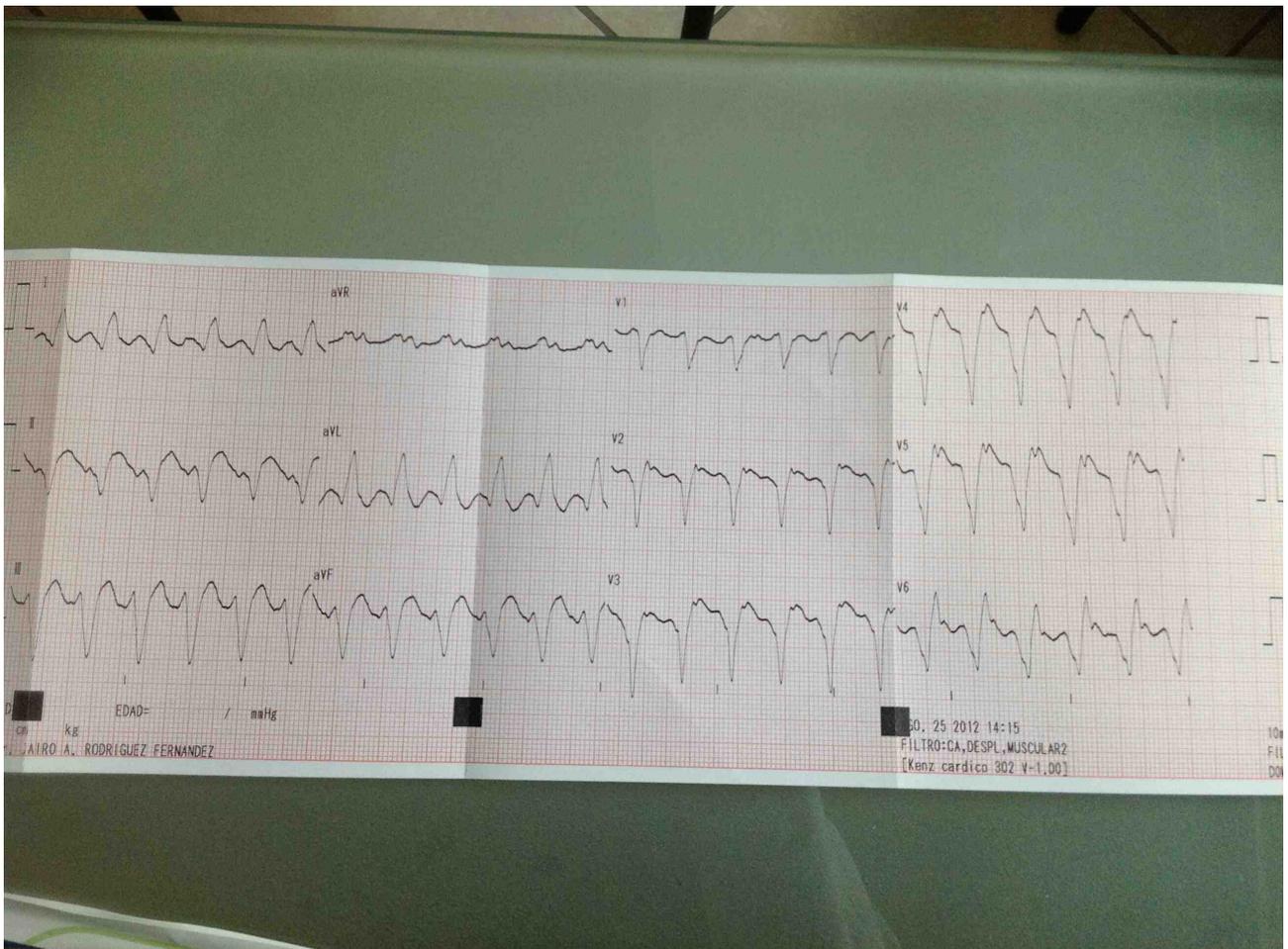
Se esta trasladando a la unidad de urgencias para cardioversión.

¿Diagnóstico?

¿Tratamiento?

Agradezco su ayuda y colaboración.

Jairo Rodriguez



## OPINIONES DE COLEGAS

Dx: Taquicardia ventricular.

Cd: 1. Enzimas + laboratorio + chagas + Rx de Tórax.

2. Si está estable ecocardiograma y si es posible hasta un transesofágico.

3. estando estable en nuestro servicio ECG transesofagico
4. INESTABLE CVE.
5. Previa CVE, heparinizo.
6. Estable en nuestro servicio intentamos llevarlo a EEI + ablacion + cate.
7. Estable si se decide drogas dependerá de FE y retiramos digitálico.

Como es consulta ambulatoria asumo que está estable y haría un interrogatorio más extenso, epidemiología para Chagas, factores de riesgo coronario, cuánto tiempo con esas drogas, cuándo comenzó a sentirse mal, uso de drogas, fármacos, ECG previo, es más, de entrada en consulta pasaría un electrodo esofágico con el cuál pudiéramos hacer diagnóstico y hasta revertir

Carlos Rodríguez Artuza

---

El ECG del Dr. Rodriguez, tachycardia ventricular 120 lpm de la punta del ventrículo izquierdo, posterior, muy probable por un infarto crónico ínferoposterior con dysquinesia severa.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Dr Sclarovsky, ¿cuáles criterios utilizó para hacer el diagnóstico de TV (morfológicos, Brugada, Vekerei, etc.?. ¿Por qué este trazado no corresponde a un flutter atrial "2:1" o a una intoxicación digitálica (0.5 mcg /24 hrs). Realmente ¿se valoró el digital antes de hacer la cardioversión eléctrica a bajos joules?

Gracias,

Dr. Juanico Cedano

---

Dr Juanico Cedano. primero de todo quisiera saber ¿dónde vive? ¡que es importante para conocer los amigos!

SI Ud me habla de la taquicardia ventricular con Q/S desde V1 a V6 con AVR positiva , discúlpeme mi ignorancia, pero no conozco ningún patrón supraventricular que da esta morfología (únicamente un electrodo de marcapaso ubicado en la punta del ventrículo derecho, pero sin AVR positiva)

En este caso yo no hablé de Brugada (para Brugada, tenemos en el forum grandes especialistas desde los Brugada, Andrés Ricardo y su grupá, Adrian y su equipo, Martín , Edgardo, por lo tanto en este tema no me meto, mi experiencia, de viejo nomás, es en arritmias en procesos isquémicos que se expresan en el electro

En este caso le puedo decir con bastante seguridad y alto valor predictivo, que esta es una taquicardia ventricular de reentrada, alrededor de un circuito fibroso de un infarto crónico en la cara ínferoposterior

Ahora, discuúpeme amigo, ud quiere abrir una discusión, y según su experiencia es otra cosa, me tiene que hacer un análisis diferente al mío, y decirme las bases de su diagnóstico, y puede ser que ud tenga toda la razón y yo metí una furiosa pata, y por lo contrario ud es un médico joven y quiere más explicaciones sobre este caso, estoy a su completa disposición, pero de Brugada syndromes, no le puede enseñar nada

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Dr. Sclarovsky,

Soy un médico de 37 años, con 2 años de ejercicio profesional como cardiólogo-Electrofisiólogo. Vivo en la República Dominicana (una de las Antillas mayores del Caribe). Ingrese al fórum gracias a Adrián.

Me interesé en el caso del Dr. Rodríguez pues llamo mi atención el contexto clínico, su tratamiento y el registro ECG de la consulta.

Como no he sabido otra dato más (ECG en RS, ECG post cardioversión), me detuve a un simple análisis electrocardiográfico:

1. FC= 120 lpm

2. No puedo descartar ni afirmar una asociación AV. Debido a que no puedo amplificar el trazado, me parece existir una asociación

3. Criterios Morfológicos:

a. QRS= 110-120 ms (ver ECG de base) Eje superior izquierdo (-45 grados) con morfología V1 = rS + V6 = QR (a favor de TV), complejos bi-fasicos donde R/S es < de 100 msecs (a favor de supraventricular)

b. En DII (en particular utilizo el índice de Pava (Heart Rhythm 2010) donde se nota que la despolarización inicial es inferior a 50 ms (criterio a favor de supraventricular).

c. En aVR, el índice de Vekerei ( $R > 40$  ms) que está presente en este caso (a favor de ventricular).

4. Ausencia de capturas o fusión (favor de supraventricular).

Perdone, el atrevimiento, pero mi intención es reconocer mediante a la perfección una TV sin omitir otros diagnósticos diferenciales. Pues por ejemplo, este paciente puede enmascararme un flutter atrial 2:1 (salvo su morfología en V6 (QR) en un paciente con un HBIHH previo. Estar en intoxicación digitalica (cualquier tipo de arritmia).

Unas preguntas que me suscitan a propósito de su aseveración:

Tejido fibroso, ¿cómo pudo indentificarlo en este trazado? ¿El empastamiento de la S descendente en V4-V5?

¿Infarto crónico en la cara inferoposterior?, si observamos "r" en cara inferior y patrón QS en V1-V2.

Gracias mil

Juanico Cedano

Respuesta a Juanico de la bella R. Dominicana

- 1) Existe una correlación entre la morfología de la arritmia ventricular y la localización del infarto
- 2) Ud no debe ver la fibrosis, pero sabe que ella existe, En la evolución del infarto los primeros 12 días se forma fibrosis blanda, y al día 21 a 28; a fibrosis dura y definitiva
- 2) las taquicardias ventriculares monomórficas de reentrada pueden aparecer después del día 14 del infarto
- 3) los infartos ínferioposteriores producen taquicardias ventriculares siempre con eje a la izquierda, porque la cara posterior se depolariza antes que la anterior, como ocurre en los hemibloqueos anteriores
- 4) lo que puede variar es la morfología de las precordiales: a) si comienza en la parte derecha del infarto anterior tendremos morfología del bloqueo de rama izquierda; b) si comienza en la parte izquierda del infarto tendremos imagen de bloqueo de rama derecha c) si comienza en la parte superior tendrá R desde V1 a V6 con QS en AVR similar al PW d) si comienza en la parte inferior mostrará S V1 a V6, y complejos positivos en AVR

¿Por qué se producen estas taquicardias; generalmente no producen mortalidad, y por qué son de baja frecuencia?

Por 2 causas metabólicas, (son el background de la taquicardia) la fibrosis y la disminución de conexina 43 (ya hay experimentos que muestran que aumentando la conexina 43 en este lugar se curan las taquicardias ventriculares) y una causa hemodinámica: el aumento de la *wall tension* es el provocador de la tachycardia. Está bien estudiado el fenómeno de retroalimentación exitabilidad y tensión (mechanical - electrical feedback) Por lo tanto, y según mi experiencia, lo que evita la repetición de estos fenómenos son los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina 1 a angiotensina 2, juntos con bloqueadores de los receptores de angiotensina como el losartan que disminuyen la presión diastólica final. Así Ud ataca al promotor y no a las consecuencias

- 5) Con respecto a los complejos de fusión, no es una necesidad diagnóstica, porque a estas frecuencia hay conducción retrógrada 1 a1 .y así van descargando al sinus

En conclusión, me parece que que el eje a la izquierda indica que la iniciación de la arritmia está en la cara posterior y AVR muestra que el complejo viene de abajo hacia arriba y de izquierda a la derecha, y que las S en precordiales que la corriente eléctrica viene de abajo arriba.

Que la presión diastólica final intraventricular es alta ,

Que el infarto es crónico y no agudo, ya que formo un círculo ancho fibrótico para producir una tachycardia de 120lpm

Si quiere seguir en la discusión, y no está de acuerdo con mi análisis, la seguimos así UD y yo vamos aprendiendo uno del otro-

Juanico, ojala que ud organice un encuentro científico en su isla y así encontremos todos en hermosa isla Dominicana

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky