

Hombre de 48 años con taquicardia ventricular - 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 250mcgc.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%, FC 143.

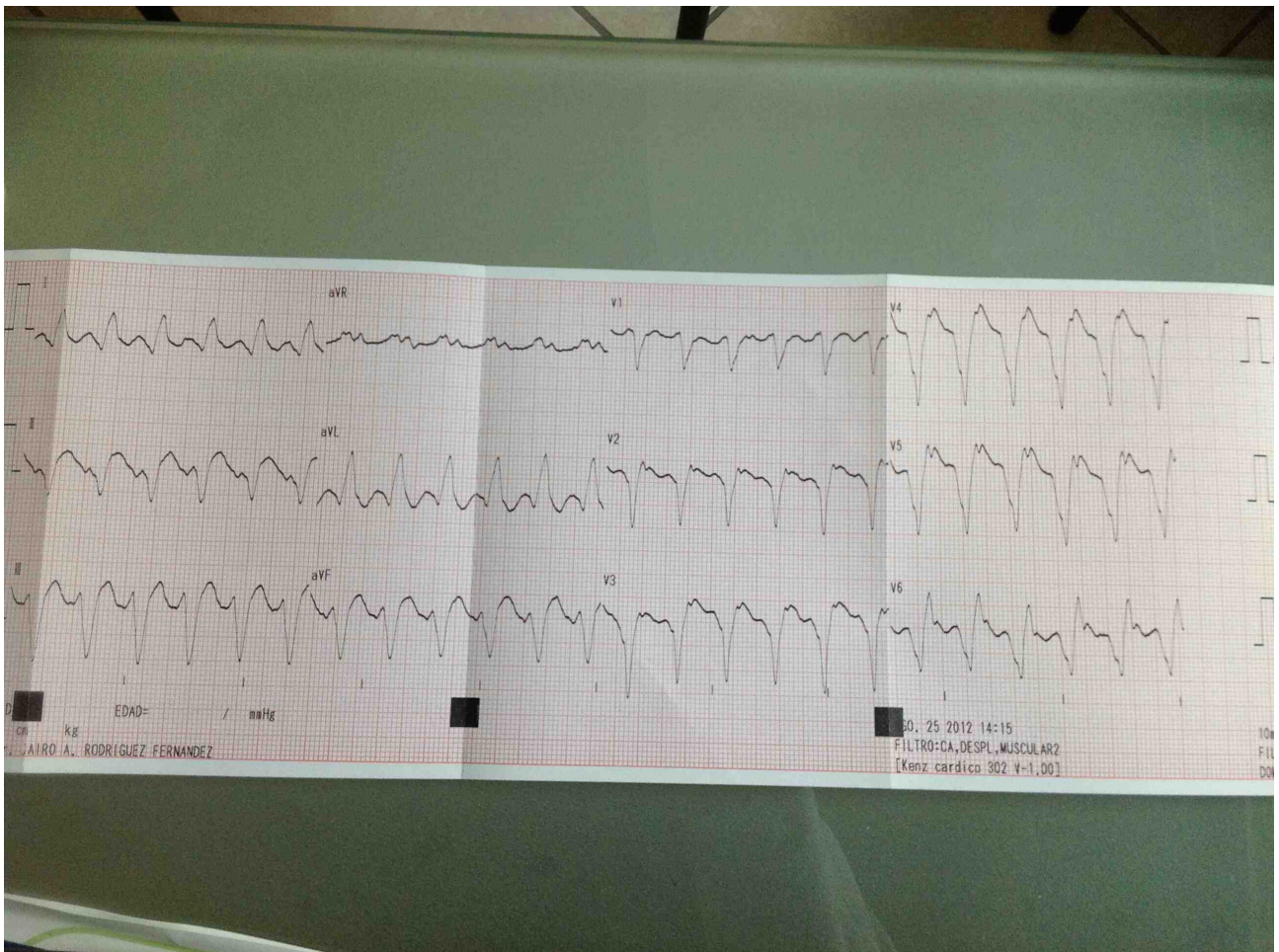
Se esta trasladando a la unidad de urgencias para cardioversión.

¿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 transesofágico

4. iNESTABLE CVE.
5. Previa CVE heparinizo.
6. Estable en nuestro servicio intentamos llevarlo a EEI + ablación + 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 cual pudiéramos hacer diagnóstico y hasta revertir

Carlos Rodríguez Artuza

El ECG del Dr. Rodríguez: tachycardia ventricular 120lpm de la punta del ventrículo izquierdo, posterior, muy probable por un infarto crónico íferoposterior 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 bajo 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 grupo, Adrián 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 íferoposterior.

Ahora, discúlpeme 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). Ingresé al fórum gracias a Adrian.

Me interesé en el caso del Dr. Rodríguez pues llamó 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 msgs (ver ECG de base) Eje superior izquierdo (-45 grados) con morfología V1= rS + V6=QR (favor de TV), complejos bifásicos donde R/S es < de 100 msecs (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 (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 HBIAHH 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 inferopsoterior?, si observamos “r”
en cara inferior y patrón QS en V1-V2.
Gracias mil

Juanico Cedano

Respuesta a Juanico de la bella 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 dias se forma fibrosis blanda, y al día 21 a 28 la fibrosis dura y definitiva
- 2) las taquicardias ventriculares monomórficas de reentrada pueden aparecer después del dia 14 del infarto.
- 3) los infartos íferoposteriores producen taqucardias 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 (si comienza en la parte derecha del infarto anterior tendremos morfología del bloqueo de rama ixquierda) si comienza en la parte izquierda del infarto tendremos

imagen de bloqueo e rama derecha c) si comienza en la parte superior tendrá R desde V1 a V6 con QS en AVR similar al WPW

5) 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, excitabilidad y tensión (mechanical -electrical feedback). Por lo tanto, y según mi experiencia, lo que evita la repetición de estos fenómenos son los inhibidores de coenzima convertidoras de angotensina 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 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 formó 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, ojalá que Ud organice un encuentro científico en su isla y así nos encontramos todos en la hermosa isla dominicana.

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky
