

Joven de 17 años con palpitaciones y detección de frecuente extrasistolia ventricular – 2014

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Dr. Edgardo, por favor envíe este caso al foro

Hombre de 17 años, caucasiano, fue en el hospital con quejas de palpitaciones y dolor precordial (punzada, puntada) en su mayoría en reposo. Niega síncope o disnea.

Antecedentes familiares negativos.

Examen físico normal.

ECO normal.

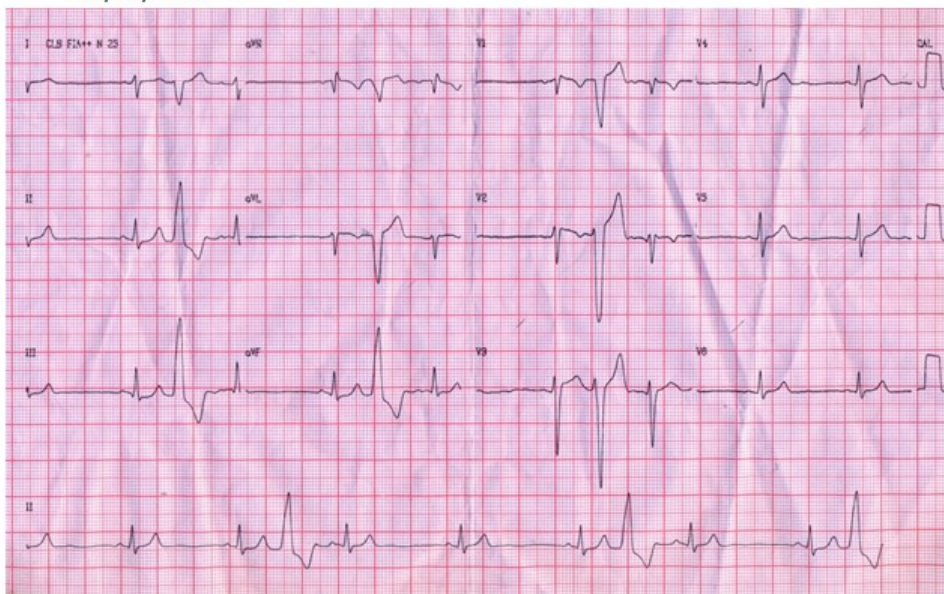
Holter mostró ectopias ventriculares aisladas (22.151); (22) acopladas; 1 episodio de TVNS sin síntomas. Prueba de esfuerzo normal con desaparición de ectopia durante el esfuerzo físico

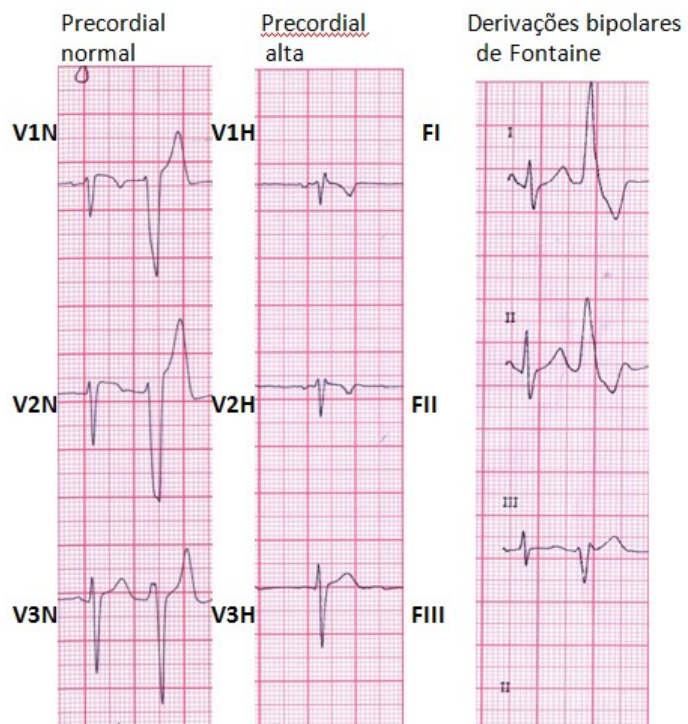
Pedí una resonancia magnética y una prueba farmacológica con ajmalina.Me gustaría oír las sugerencias de colegasdel Foro.

Saludos

Raimundo Barbosa Barros

06/01/2014





OPINIONES DE COLEGAS

Queridos amigos del forum el electro de nuestro maestro Raimundo parece ser un epsilon y la onda T invertida en V1, V2 puede hacer sospechar un arritmogénico del ventrículo derecho o right ventricular dysplasia

La extrasístole es interpolada y originada en el tracto de salida del ventrículo derecho; el Holter es mandatorio para registrar la frecuencia de esta arritmia y si existen taquicardias ventriculares, porque esta extrasístole no da palpitaciones. Es también mandatorio una prueba de esfuerzo, para observar el comportamiento de la extrasístole

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Raimundo:

Las EV interpoladas de acoplamiento fijo observadas en el ECG actual son originadas en la pared libre del Ventrículo derecho, no son del TSVD. Sumado a la evidencia previa del ECG anterior con BAV de primer grado variable. Me parece indicada la realización de RNM cardíaca y descartar DAVD.

Las ondas T negativa en V1 y V2 me impresionan consistentes con esta entidad y en el primer ECG no logro observar claramente pero impresiona una onda Epsilon en V1.

Existe la relación con el Brugada, pero en el segundo electrocardiograma presenta retraso de las fuerzas finales del QRS en el VD, no me impresiona una patente de Brugada.

Comparto su enfoque de estudio y espero nos comente los resultados de los estudios solicitados.

Si ambos son negativos, evaluaría la ablación del foco de EV.

No refirió si tiene realizado serología para Chagas.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Estimados foristas:

Patrón tipo I, caracterizado por una elevación descendente del segmento ST en más de una derivación precordial derecha (V1-V2), seguida de ondas T negativas. Extrasístoles interpoladas del tracto de salida del VD, pueden inducir a una DAVD.

Saludos

Eduardo Quiñones

Prezado Raimundo: esta é uma forma de TV idiopática procedente da VSVS. A avaliação inicial deve incluir ECG e ecocardiograma os quais geralmente são normais, mas a RM pode mostrar anormalidades do RV em até 70 % dos pacientes, incluindo desbaste focal, diminuição da espessura da parede sistólica e movimento anormal da parede .

Origem na TV-VSVD / TV-VSVE (origem embrionária comum). A TV-VSVD deve ser distinguida da TV da ARVD podem ter características morfológicas semelhantes a TV-VSVD, mas não termina com adenosina. Na ARVD, o ECG de repouso costuma mostrar ondas T invertidas em pacientes > 14 anos nas derivações precordiais direitas e, em 30% dos casos uma onda épsilon após o ponto J, melhor identificada nas derivações V1- V2.

A ARVD apresenta alargamento do QRS nas precordiais direitas de V1 a V3 em relação a V4+V5 +V6. >12.

O diagnóstico diferencial da TV-VSVD também inclui taquicardias associadas com fibras atriofasciculares (fibras de Mahain) e TV que ocorre após a correção da tetralogia de Fallot .

Reconhecimento de ECG. TV-VSVD está associada com uma morfologia característica do ECG BRE com eixo inferior tanto as extrassístoles quanto a TV. Quando for da parte anterior da VSVD mostra uma onda Q dominante ou um complexo qR na derivação I e QS em aVL. Quando se origina dos locais posteriores da VSVD produz uma onda R

dominante na derivação I , QS ou R em aVL e uma transição precordial precoce (R / S = 1 pelo em V3)

A abordagem destes pacientes com TV-VSVD depende da frequência e da gravidade dos sintomas. As opções de tratamento incluem terapia farmacológica vs ablação por cateter.

A terminação aguda de TV-VSVD, pode ser conseguida por manobra vagal ou adenosina (6 mg até 24 mg). Verapamilo EV (10 mg administrados em 1 minuto) é uma alternativa se o paciente tem a pressão arterial adequada. Os raros casos com instabilidade hemodinâmica a cardioversão é mandatória .

Opções de tratamento de longo prazo incluem a terapia com droga e ablação por cateter. A primeira pode ser indicada em pacientes com sintomas leves a moderados. Eles incluem beta-bloqueadores, verapamilo, diltiazem (taxa de eficácia de 20 a 50 %) . Terapia alternativa incluem classe IA, IC e agentes III.

A ablação com energia de radiofrequência tem taxas de cura de 90%, com uma taxa de recorrência de 5% (principalmente no primeiro ano). É o tratamento de escolha para os pacientes com sintomas de síncope, refratários a drogas, intolerância à droga ou aqueles que não desejem terapia com drogas por longos períodos

Deve ser considerado portadores de uma forma potencialmente maligna os seguintes casos:

- a) uma história síncope
- b) TV muito rápidas

c) *extrassístoles ventriculares com um intervalo de acoplamento curto.*

Dr. Andrés R. Pérez Riera