

Paciente masculino de 67 años portador de enfermedad de Chagas que presenta arritmia ventricular – 2007

Dr. Ramiro Michel

Distinguido Doctor:

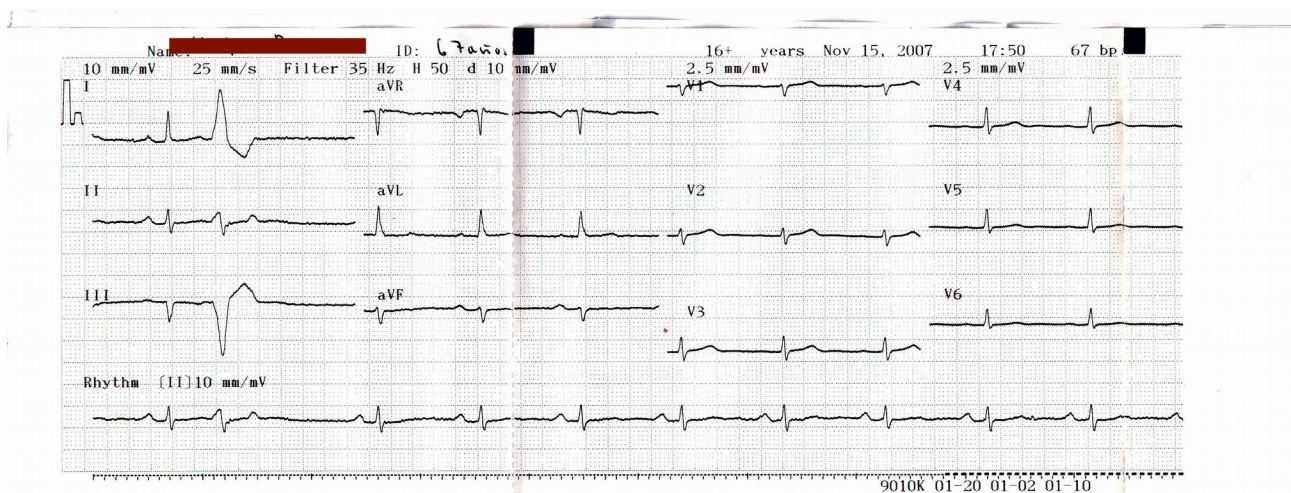
Soy el Dr. Ramiro Michel, cardiólogo boliviano, suscrito a su correo de arritmias. El motivo solicitarle pueda cooperarme con el caso de un paciente de 67 años de edad, con serología positiva para Chagas, asintomático, al examen de rutina se detecta extrasistolía ventricular simple +/- 2 por minuto.

En Holter de 24 Hrs. existe EV simple frecuente, sin embargo a Hrs. 4:08 de am. Se detectan tres salvas de arritmia de complejo ancho, la duda que tengo es si se trata de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida, ó episodios de fibrilación auricular con conducción aberrante, ya que el intervalo RR es irregular.

Le envío el ECG basal y los trazados del Holter

Gracias por su gentileza de antemano.

Dr. Ramiro Michel



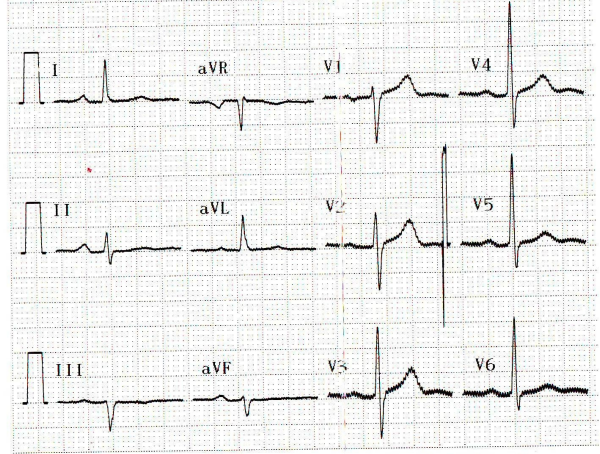
Name: [redacted] 15. 2007 17:50
ID: 16+ years

Vent. rate 67 bpm
PR int. 192 ms
QRS dur. 102 ms
QT/QTc int. 418/ 427 ms
P/QRS/T axis 38/ -22/ 4 °
RV5/SV1 amp. 1.820/ 0.925 mV
RV5+SV1 amp. 2.745 mV

1100 Sinus rhythm
15708 with occasional ventricular premature
complexes(Unreliable analysis due to noise)
4068 Nonspecific Twave abnormality
7202 Moderate left axis deviation
0102 ARTIFACT PRESENT
0104 ELECTRODE(S) FAILURE ... Repeat ECG is
requested
9140 ** abnormal rhythm ECG **

Unconfirmed Report
Reviewed by:

10 mm/mV 25 mm/s Average

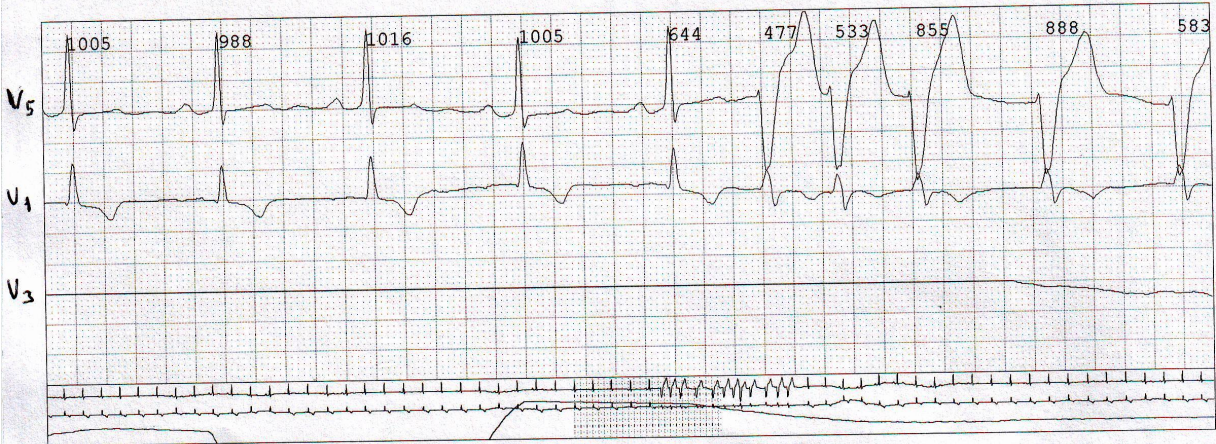


9010K 01-20 01-02 01-10

4:08:11-2

TV

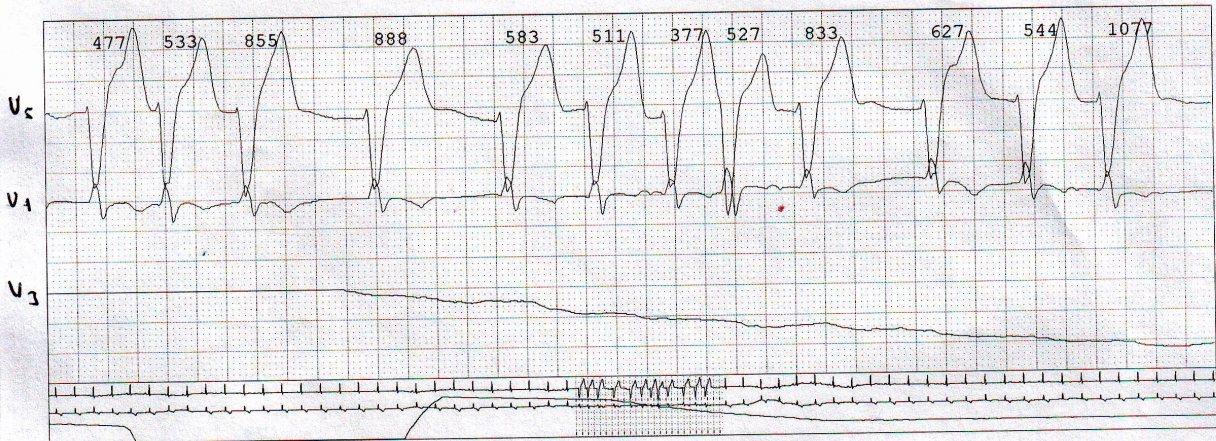
RC = 106



4:08:15-2

TV

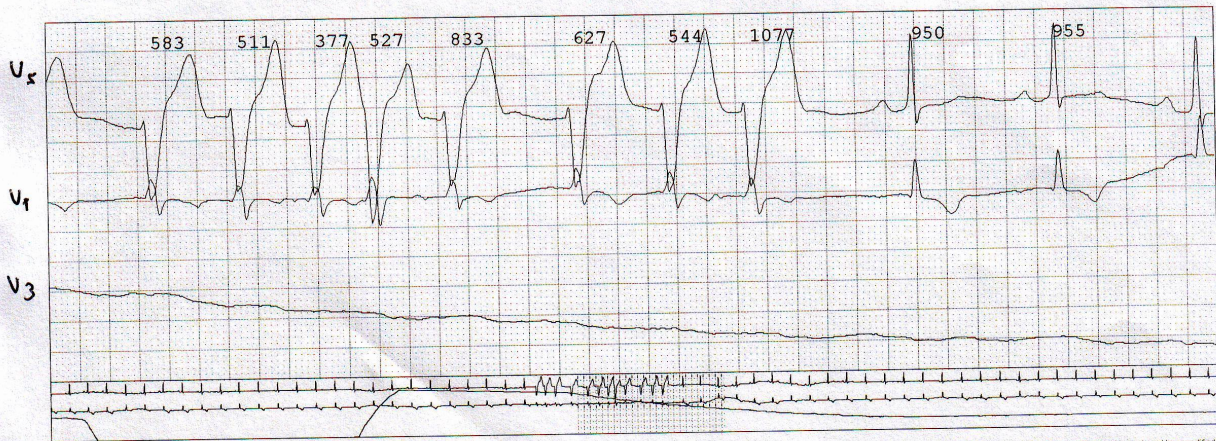
RC = 132



4:08:17-2

TV

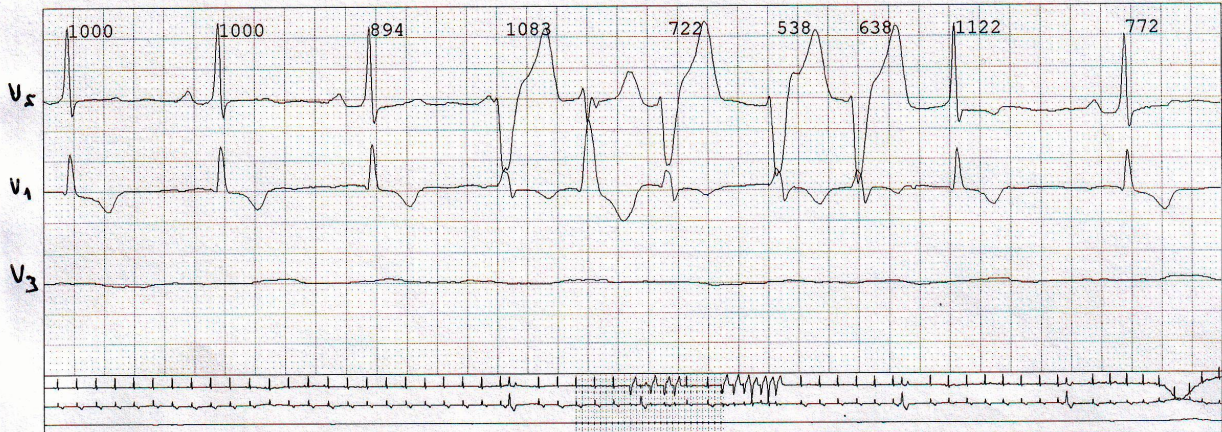
RC = 100



4:09:15-2

TV

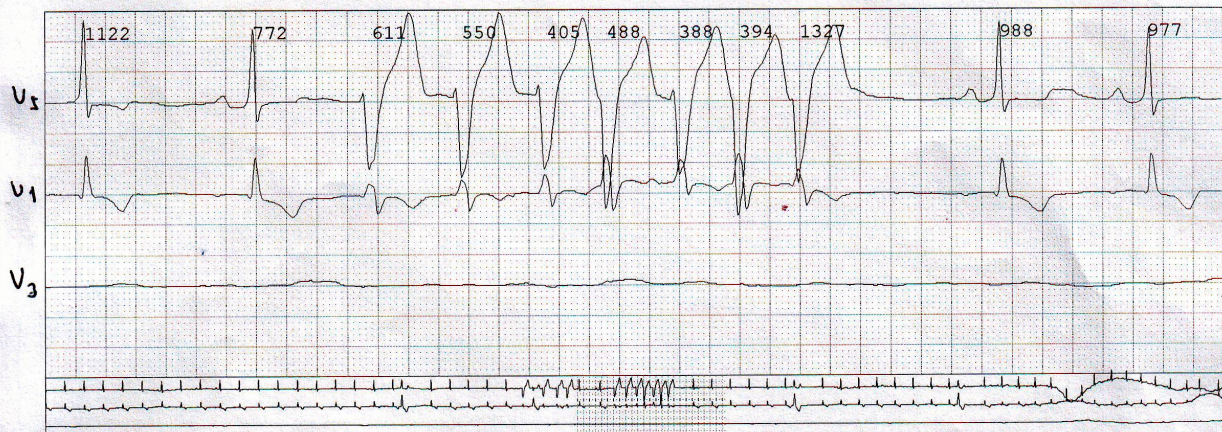
RC = 96



4:09:20-2

TV

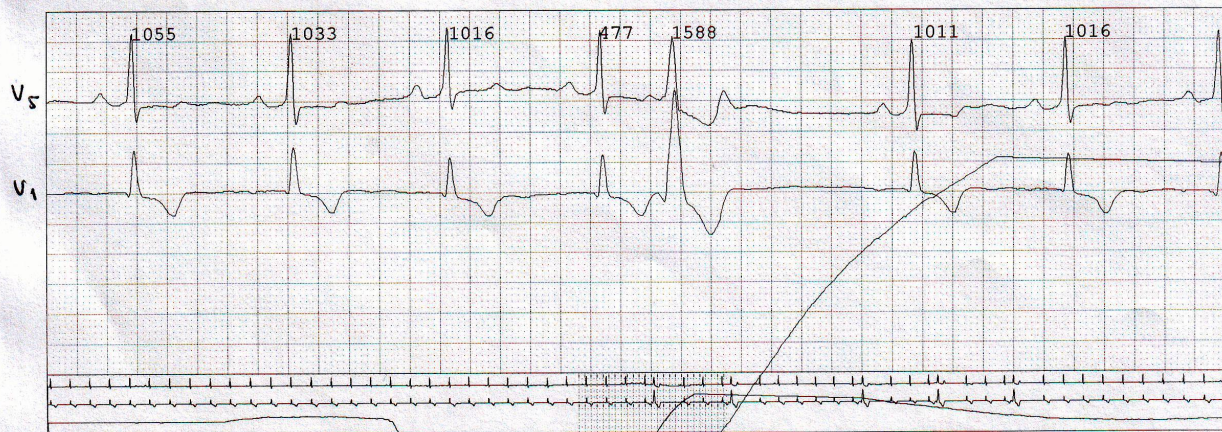
RC = 150



5:00:06-2

Hora 11

RC = 57



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Edgardo: Pregunto si la depresión difusa del segmento ST y su elevación en aVR tanto durante (lo que se nota en los complejos normales durante la taquicardia) y después de la misma puede explicarse también por lesión subendocárdica difusa secundaria a la isquemia generalizada provocada por la propia arritmia y no necesariamente por memoria eléctrica.

Un cordial saludo.

Dr. Luis E. Castro Díaz.

Chitré, Panamá.

Este paciente, como yo lo veo, presenta por momentos un ritmo idioventricular acelerado (RIVA) no paroxístico o TV lenta ostensible.

¿Cómo definimos al RIVA? Ritmo ventricular con secuencia de más de tres latidos ventriculares monomórficos de inicio y fin, graduales con frecuencia entre 70 y 100 lpm (lo que coincide con este trazado).

El término taquicardia ventricular implica la existencia de un ritmo con frecuencia superior a lo considerado normal para el ritmo sinusal, es decir, mayor a 100 lpm para los adultos; por lo tanto, una buena parte de las mal llamadas taquicardias ventriculares lentas con frecuencias entre 50 y 100 lpm (como en su caso) no se incluirían en este concepto. El ritmo es acelerado porque suele ser superior (como en este caso: ritmo de base 65 lpm y RIVA 97 lpm) o igual al sinusal. Cuando es igual al sinusal, se denomina ritmo ventricular isorrítmico.

Parece que el término consagrado será RIVA.

¿Y cuál es la caracterización electrocardiográfica del RIVA???

Respuesta:

- 1) Duración de QRS 120 ms o más (como en su caso).
- 2) Morfología constante y bizarra de los complejos QRS (monomórfica, como en su caso).
- 3) Frecuencia lenta entre 59 y 130 lpm (usualmente entre 70 y 85 lpm).
- 4) R-R regulares o casi regulares; puede variar.
- 5) AQRS del evento diferente de AQRS de ritmo de base.
- 6) Inicio y fin del evento gradual o no paroxístico. El primero, marcado por una extrasístole tardía o telediastólica (latido inicial con acoplamiento largo) o con escape idioventricular si el ritmo de base fuese muy lento y el fin ocurre por una aceleración del ritmo sinusal o por enlentecimiento del ritmo taquicárdico.
- 7) Actividad sinoauricular deprimida, con frecuente ausencia de P. Aquí la P está presente.
- 8) Disociación AV se observa en el 70% de los casos.
- 9) Latidos de fusión al inicio y fin del evento son frecuentes. El segundo latido de la serie de abajo es de fusión: morfología intermedia entre el latido sinusal puro y el latido ectópico puro.
- 10) Presencia de latidos con grados diversos de fusión es la regla.
Como en este caso.
- 11) Capturas y fusiones son mucho más frecuentes que en la TV paroxística.
- 12) Frecuente coexistencia con TV extrasistólica en forma inestable;
- 13) En este caso existe activación retrógrada muy visible de las aurículas por una P incrustada en ST en el cuarto latido del evento.

Dr. Andrés R. Perez Riera