

Paciente masculino hipertenso de 55 años con arritmia supraventricular – 1998

Dr. Marcelo Cohen

Caso clínico: Paciente masculino de 55 años, HTA en tratamiento con enalapril. Sin otro antecedente. Consulta por palpitaciones, presentando el ECG de la figura 1. Recibe diltiazem endovenoso 20 mg, con la respuesta que se observa en las figuras 2 y 3 (trazados sucesivos).







OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Colega:

En mi opinión se trata de un paciente joven, por lo tanto en su plenitud de su capacidad laboral . Deduzco con una carga estrante importante que lleva a tener un tenor adrenérgico que inunda su torrente sanguíneo. Si a esto le agregamos que fuera médico sería más que comprensible.

No me parece que el enalapril sea el causante de la arritmia que presenta en un principio. Tampoco en bloqueo de primer grado.

Con el bloqueante cálcico responde favorablemente, quedando con una taquicardia sinusal , hablando a favor del origen supraventricular de la arritmia y por lo tanto de lo benigno del problema.

Estimo sería conveniente que para corregir en forma efectiva la arritmia, trataría de hacer énfasis en corregir factores de riesgo, como ser el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo de cafeína, e insistir en la necesidad de un descanso diario adecuado, uno semanal y anual .

Si fuera médico agregaría si las mutuales se lo permiten. Si tu problema no tiene solución, ¿para qué te preocupas?

Deseo de todo corazón una muy feliz navidad

Un abrazo cordial

Dr Jorge Daniel Martin

Estimado colega Marcelo; trata-se de um paciente relativamente jovem apresentando TPSV em tratamento para hipertensão arterial com enalapril; acredito que devemos rastrear o distúrbio da tireoide com exame físico e dosagem de hormônios como TSH ultrasensível e T4 livre, e também na suspeita clínica,

Feocromocitoma, com metanefrinas urinárias e plasmáticas, isso, claro, se houver suspeita de hipertensão secundária; como medidas gerais evitar álcool, café, tabaco e stress, além de orientar com dieta hipossódica, essas mudanças de hábitos certamente seriam úteis na hipertensão primária. Faria também uma prova de esforço, para observar se a arritmia seria desencadeada

Gostaria de colocar alguns aspectos do traçado e a opinião do Dr Schapachnik e a sua ajudando-me e corrigindo-me.

Os 2 primeiros traçados nos mostram uma taquicardia / reentrante/ juncional AV com bloqueio de Wenckebach retrógrado ventrículo atrial e frequentes batimentos recíprocos ocorrendo a cada 2^o e 3^o batimentos.

O 3^o traçado mostra uma FA que de forma característica há uma 'regular' irregularidade do RR mostrando que muito provavelmente o batimento recíproco está presente / apesar. útil claro, da onda 'p' retrógrada estar ausente/.

Batimentos recíprocos associados com taquicardia juncional AV na presença de FA, frequentemente produz uma 'regular' irregularidade RR.

Após o diltiazem o ritmo volta a ser juncional com reentrada AV com bloqueio de Wenckebach retrógrado variável e batimento recíproco, observar o 12^o QRS do 4^o traçado, um batimento recíproco com aberrância em fase 3.

O 14^o QRS do 5^o traçado é provavelmente uma extra sístole ventricular.

Os traçados que se seguem de D1 a V6 mostram uma Taquicardia nodal reentrante AV sendo iniciada provavelmente pela crítica lentificação do intervalo VA.

Sem mais agradecendo a atenção e a ajuda e aproveitando
para desejar um FELIZ ANO NOVO a todos desse canal que acho
extraordinário

Roberto Silveira

Miercoles 6 de enero de 1999. En relacion al caso presentado por el Dr Marcelo Cohen , opino en primer lugar que desde el punto de vista clínico no describió las características de las palpitations ya que estas pueden hacernos pensar en el mecanismo de la taquicardia. En el análisis del E.C.G. de la figura 1, la primera impresión sugiere una taquicardia supraventricular con QRS angosto de 150 l por m, pero al observar con detenimiento las D 1 y 2 y en otras se observan signos eléctricos como melladuras que pueden corresponder a ondas P.

En la fig. Nª II Y III al recibir diltiazem E.V. se produce un aparente bloqueo en el nodulo AV y el ritmo se torna irregular aparentando una FA. o bloqueos de grado variables, pero en realidad midiendo los intervalos P-P parece ser una taquicardia auricular con algunos latidos con conducción aberrante,. Aplicando los criterios de Wellens podemos determinar el tipo de taquicardia.

Chen y col. describieron las características electrofarmacológicas de este tipo de arritmia, la utilización de adenosina puede revertir la taquicardia auricular con actividad gatillada, sin embargo no termina las taquicardias de origen automáticas, propranolol es efectivo casi en 100 por 100 de los casos de TAA. En cambio verapamil no las termina, en este caso se usó diltiazem . (circulation . 1994,90,1262-1218.

El mismo Chen en una revisión de las características clínicas y electrofisiológicas de las TA (journal cardiovascular electrophysiology) vol.9,pp355-365-april1998) le da importancia a la edad como un predictor independiente del mecanismo de la taquicardia, como asi también a la localización y al resultado de las TA ablacionadas por radiofrecuencia. también es importante saber la duración de la taquicardia porque puede resultar en un futuro en taquicardiomiopatía.

Por lo tanto en este paciente realizaría EEF

Si es terminada o no la TA por estimulación eléctrica programada, si es inducida, cuál es su localización, por lo general se encuentran en la zona de la crista terminalis (en la zona de fuego). Kalman clasificó las TA que fueron inducidas por estimulación programada después de infusión de

isoproterenol como taquicardias automáticas y usó ecocardiografía intracardíaca para demostrar el sitio de salida de la TA.

En este paciente si efectivamente es una TA no suprimida por medicación sugeriría ablación por radiofrecuencia.

Saludos a todos y feliz año.

Manuel Cano