

# **Caso de varón de 25 años con palpitaciones para observar y pensar – 2013**

Dr. Pablo A. Chiale (QEPD)

Hola Edgard: te envío otro casito para agudizar la observación y el razonamiento. No envío los electrogramas intracavitarios, porque se "rompería" el hechizo. Ruego a los jóvenes analizar el trazado latido a latido. Es la única manera de llegar al diagnóstico.

Un abrazo y saludo con afecto a todos los integrantes del Foro

PAC

Los ECG pertenecen a un varón de 25 años con palpitaciones de larga ata.

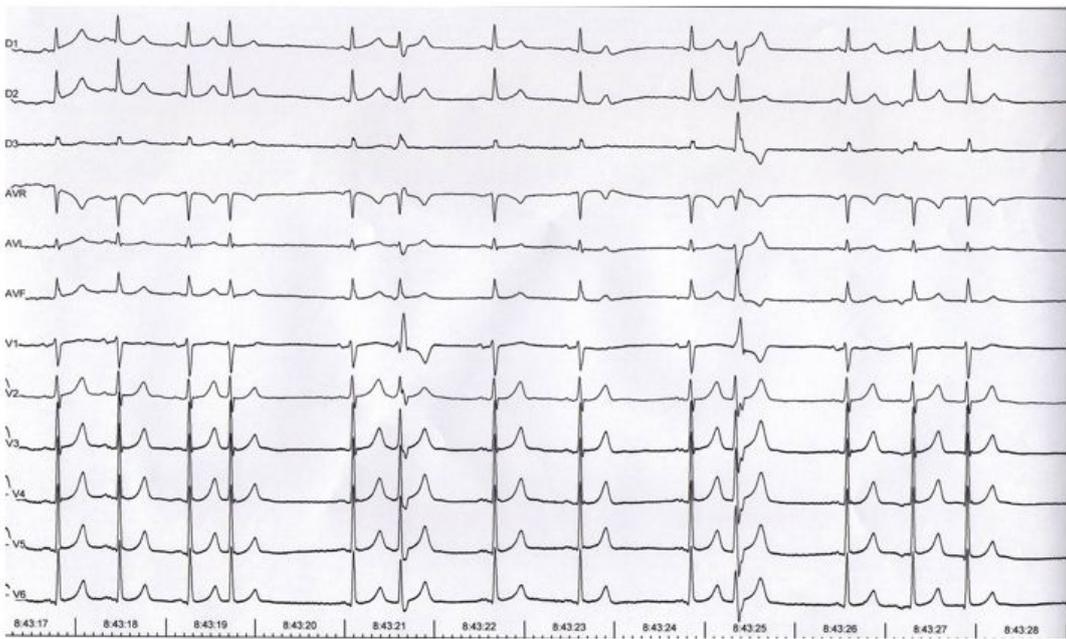
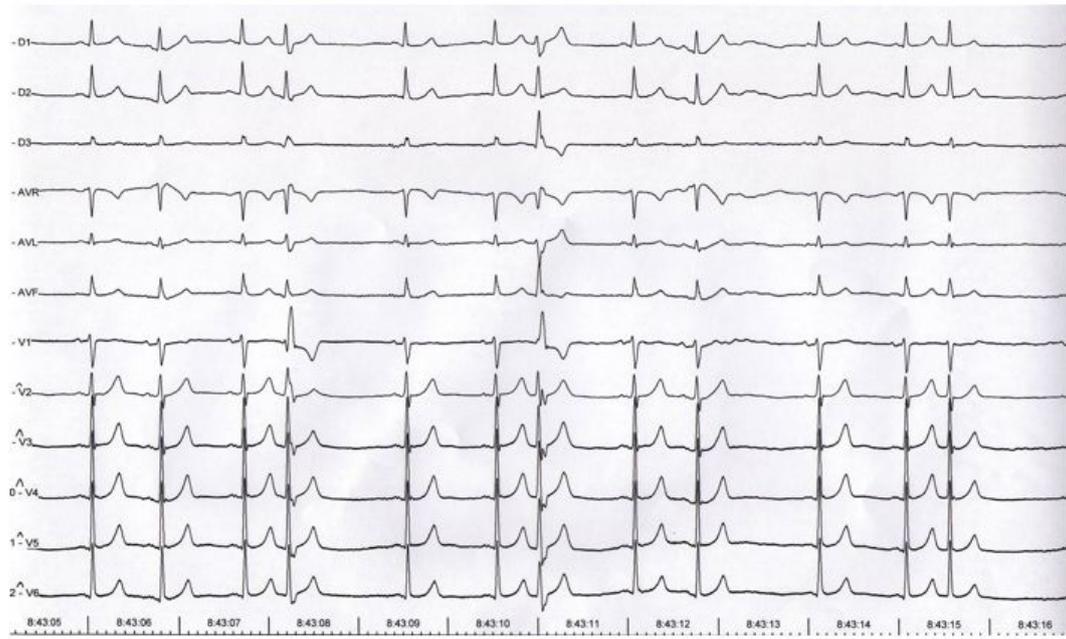
ECG con registro de TPS.

Ergometría sin arritmias.

ECG de Holter: latidos prematuros supraventriculares aislados.

Ecocardiograma: normal

Diagnóstico por EEF: Taquicardia por reentrada nodal AV de tipo "común"



# OPINIONES DE COLEGAS

Querido Coordinador y Cacique del FIAI: dado que nadie opinó sobre el ECG que envié el fin de semana pasada, pienso en varias alternativas: 1) es tan sencillo que no vale la pena molestarse en opinar; 2) generó susto en nuestro foro, pensando qué rareza encierra esto que se ve tan simple y fácil; 3) tu mensaje no llegó a destino (a mí si y yo se de que se trata)...

Bueno tal vez convenga reiterarlo, salvo tu mejor opinión-

Un abrazo, extensivo a todos los colegas

Pablo A. Chiale (QEPD)

---

Querido Pablo

Algumas impressões, apenas do que vejo no ECG:

1. ECG raro, de difícil interpretação (para mim), mas certamente pleno de ensinamentos dos mestres, contigo a frente
2. Estranha pobreza de achados no laudo do Holter frente a dois ECGs tão ricos de alterações em aproximadamente apenas 12 segundos de registro, cada
3. Onda P de morfologia variável
4. Período de Weckenbach
5. Extra-sístoles ventriculares e supraventriculares
6. Bloqueio sino-atrial
7. Achados do EEF sem correlação c/ ECG de superfície

Agora sal grosso e água quente baiana preparando os lombos para as chicotadas

Abraço cordial

Adail Paixão Almeida

Querido Dr Chiale voy a levantar el guante e intentar explicar lo que interpreto del trazado.

1. Ritmo sinusal con extrasístoles auriculares bigeminadas con fenómeno de Ashman.

Lo que observo en el trazado es una alternancia en la conducción, los PR post extrasistólicos son menores a los PR previos y la pausa post extrasistólica no es completa.

Cuanto más prematuras son los latidos auriculares mayor grado de aberrancia, las extrasístoles más tardías no presentan pausa y conducen sin aberrancia, lo que está mejor explicado en su artículo de lo que puedo expresarme yo, que lo interpreto como una mejora en la conducción del sistema His Purkinje.

Se evidencia una mejora en la conducción AV en las pausas más prolongadas.

Este fenómeno lo ha descrito y estudiado muy bien su grupo como lo evidencia el artículo que copio.

[Mecanismo de la alternancia en el intervalo del ciclo de las taquicardias paroxísticas supraventriculares](#)

Hyun Sok Yoo, Daniel E. Etcheverry, Gabriela De Zan, Hugo A. Garro, Mario D. González\*, Marcelo V. Elizari, Pablo A. Chiale.

<http://www.electrofisiologia.org.ar/joomla/index.php/menuanteriores/volumen4/numero-4/136-mecanismo-de-la-alternancia>

Un saludo

Martin Ibarrola

---

Hola queridos amigos: Buenas observaciones de ambos, Adail y Martín. En realidad, esto se observó al comienzo del estudio EFL en un momento en que todavía se estaban movilizand los catéteres-electrodo dentro del corazón, de modo que es casi seguro que haya latidos inducidos por estimulación mecánica. Como no había catéteres en el VI, hay que explicar por qué existen latidos

con imagen de BRD, con BRD y HBP y otros normales, que es lógico atribuir (los dos primeros) a conducción aberrante, dado que suceden precedidos de pausas prolongadas (fenómeno de Ashman, como dice Martín). Lo interesante es descubrir de donde parten esos latidos y una clave para ello es examinar las fuerzas iniciales del primer latido con imagen de BRD puro. ¿Por qué esos latidos tiene una onda q algo ancha en II, III y avF si las fuerzas iniciales no deberían modificarse? ¿son esas verdaderas ondas q? Los dejo para que vuelvan a opinar... Yo les advierto que no hice el diagnóstico con el ECG, sino con los electrogramas intracavitarios, así que no es fácil al primer golpe de vista, pero la clave está allí..

Un abrazo para ambos

Pablo A. Chiale (QEPD)

---

Conducción 1:2 de los latidos sinusales con desarrollo progresivo de aberrancia con morfología de BRD de aquellos latidos conducidos por via lenta de manera más rápida. A medida que la vía lenta conduce más rápidamente encuentra refractoriedad en RD y se produce aberrancia. No así con un latido auricular bajo con conducción 1:2 con conducción más lenta a través de la última mencionada que impide el desarrollo de aberrancia.

Ondas q son echos reentrantes a través de vía rápida.

Jorge Palazzolo

---

Hola Dr Chiale eso lo había notado pero la única explicación que encuentro es que el primer latido con imagen del BRD puro es por el fenómeno de Ashman. El latido posterior con desviación eje eléctrico se podría interpretar por la presencia de una doble vía nodal con propiedades de conducción anterógrada y por la fisiología de la vía que conduce primero, el siguiente extraestímulo

llega a ésta y la encuentra refractaria y conduce por la otra vía nodal con diferentes propiedades de conducción por esto la intermitencia en la conducción de los extraestímulos, las dos vías conducen en forma anterógrada, esto lo confirma que al arribar el extraestímulo encuentra al haz de His posterior en su período refractario (la rama derecha ya en el primer latido había mostrado su refractaiedad de acuerdo a la prematuridad del estímulo) esto es la evidencia de una doble vía de conducción nodal con propiedades de conducción anterógrada. No se trata a mi entender de latidos de fusión ni originados en el haz de His.

Es la conjunción de ambos fenómenos el de la capacidad de conducción anterógradas de la doble fisiología nodal y su interrelación con los períodos refractarios del sistema de His Purkinje y miocardio ventricular.

Le mando un abrazo y espero se comprenda mi explicación al fenómeno que nos plantea.

Martin Ibarrola

---

Hola Jorge: excelente viaje por la doble fisiología nodal AV. El fenómeno 1:2 debemos convenir que es excepcional, pero bueno, tu explicación hay que considerarla. Efectivamente, la onda q en cara inferior en el latido de referencia es una onda P retrógrada, que se observa antes del QRS aberrante y hay otro latido en el cual se la ve aún mejor. Por lo tanto, y como no se ve impronta alguna en el latido previo, que haga sospechar de la presencia de una P anticipada, esos latidos sin y con conducción aberrante deben originarse en la unión AV ¿mecanismo? probable estimulación mecánica de la zona del haz de His. Ya les anticipo que verán en los electrogramas latidos anticipados del haz de His con trastorno de conducción intrahis que actuó a la manera de "gap" para generar diferentes patrones de conducción intraventricular (aberrante y normal). Esta tarde les coloco los electrogramas.

Un abrazo

Pablo A. Chiale (QEPD)

Muchas gracias maestro por su explicación. Espero ansioso esos registros intracavitarios. Disculpe que no repare en el detalle de anteriores mails donde usted detalla que estaban colocando los catéteres. Pensé que se trataba de un fenómeno espontáneo.

Como alguien dijo alguna vez, estan esos que brillan para iluminar el camino....

Jorge Palazzolo

---

Hola! con respecto al caso en discusión, quisiera hacer la siguiente observación y pregunta al Dr. Chiale a ver si comprendo bien:

1- Comprendo que los latidos anticipados con diferentes morfologías (c/sin aberrancia) se deben a su origen en la unión AV (His) que generó alteraciones en la conducción intraventricular, ahora:

2-Luego de los latidos anticipados 4to y 9no, uno c aberrancia y el otro sin, hay una pausa que permite la recuperación de la refractariedad del sistema de conducción, pero las longitudes de ciclo del primer latido posextrasistólico y el siguiente no son iguales, ¿a qué se debería ésto? si pensamos que ya esta recuperada la conducción....no se si se entiende mi pregunta

Gracias

GEM Gisela Morales

Hola Gisela: Como vas a ver en los trazados con electrogramas, las extrasístoles hisianas tienen conducción retrógrada hacia la aurícula, lo cual genera pausas post extrasistólicas. El latido 9 es un latido auricular prematuro, que interfiere con la salida del impulso originado en el nódulo sinusal, generando esa pausa posextrasistólica. Aunque el origen de los latidos anticipados es distinto, el mecanismo de las pausas es similar.

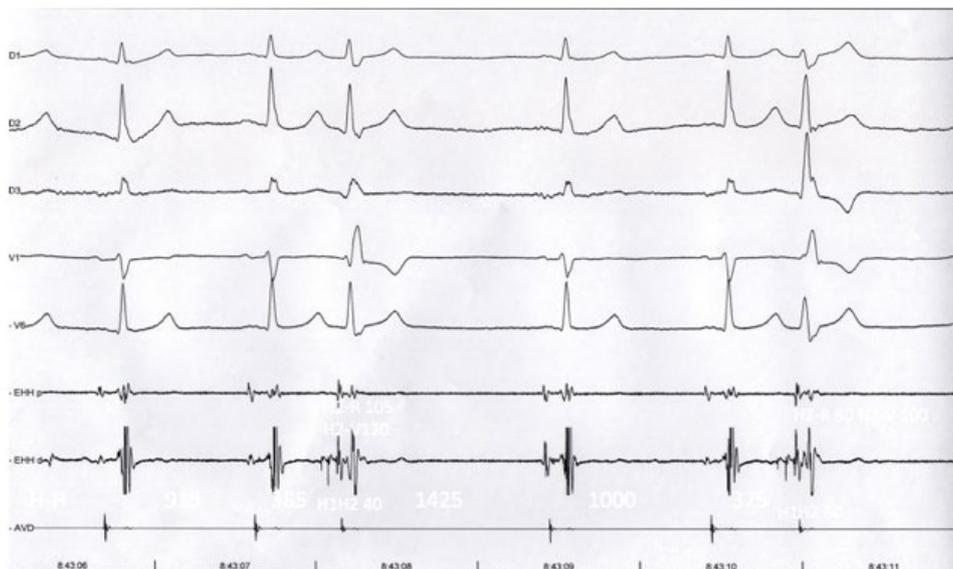
Pablo A. Chiale (QEPD)

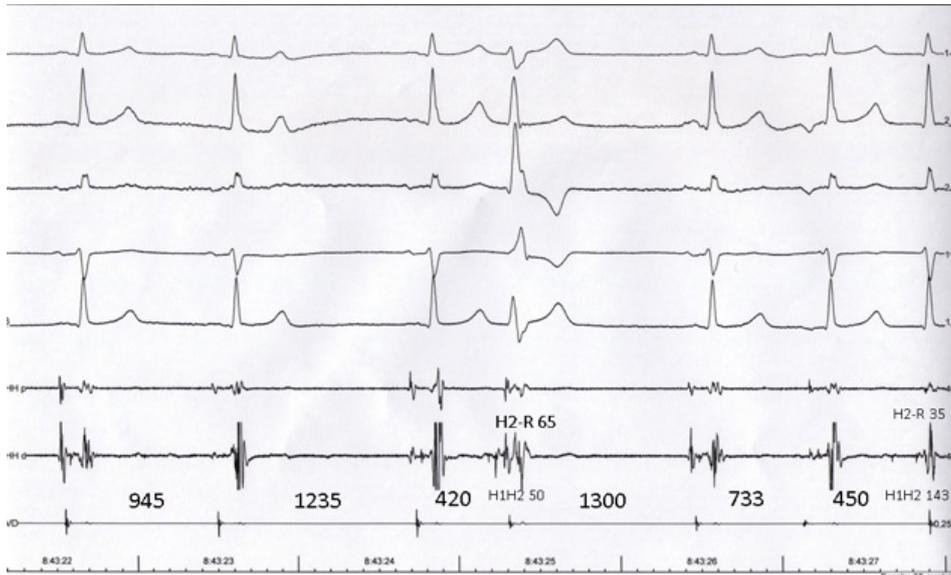
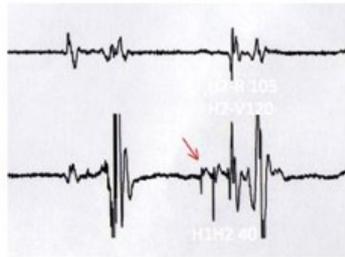
Con sincero afecto para nuestra inminente futura fellow

Pablo A. Chiale (QEPD)

---

Querido Edgardo: Te remito los electrogramas del caso en discusión. En ellos se observan extrasístoles del haz de His, con desdoblamiento del potencial (Split His) que muestran conducción retrógrada hacia la aurícula y un intervalo H1H2 variable, con intervalo H2V prolongado, que implica conducción lenta en la rama izquierda y/ sus divisiones cuando se observa conducción aberrante en la rama derecha y en ésta y en la división posterior. AVD es, en realidad, el canal de registro de la aurícula derecha.





Voy a hacer una pregunta de lego (tal vez impropia). ¿Qué importancia clínica tiene el caso? ¿Requiere tratamiento? En caso afirmativo, ¿qué droga le administrarán al paciente?

Disculpen.

Saludos.

Luciano Pereira

---

Estimado Luciano: todos los fenómenos de conducción que se muestran en el caso que envié son fisiológicos, excepto, tal vez, el bloqueo intrahisiano, que puede derivar de una injuria del haz de His por trauma durante la manipulación de los catéteres. El paciente tenía episodios de TRNAV y se realizó ablación de la vía "lenta" anterógrada. A mi modesto entender, el caso sirve, como decía el título, para estimular el sentido de observación y tratar de llegar a explicar fenómenos en apariencia complejos mediante el razonamiento deductivo. Que alguien del FIAI, como Jorge, haya advertido que una supuesta onda q era, en realidad el comienzo de una onda P retrógrada, indica que si analizamos el simple y barato ECG de manera exhaustiva y latido a latido, podemos llegar a aproximarnos a muchos diagnósticos y hasta a sorprendernos de ello. Sinceramente te digo que cuando me puse a mirar este estudio en nuestro polígrafo, con las 12 derivaciones simultáneas solamente, no reparé en esa q espuria, y me fijé después de ver una P negativa en la cara inferior inmediatamente antes del QRS unos latidos después (también se ve en el trazado). Mi gran maestro Mauricio muchas veces no podía hacer un diagnóstico con la observación de un fenómeno llamémosle "estático" y buscaba con verdadero ahínco más y más latidos para hallar algo que lo pusiera sobre la senda de encontrarlo. Este caso tuvo esa sana intención, sobre todo para llamar la atención de los más jóvenes, que suelen, lamentablemente, abandonar la partida ante un trazado que amenaza con ser difícil, antes de tiempo.

Un gran abrazo musical, Luciano

Pablo A. Chiale (QEPD)

Gracias, Pablo. Tu contestación, sencilla, amable, respetuosa y aleccionadora, sólo puede proceder de un auténtico maestro. Espero cantar alguna vez un tango (tiene que ser clásico) a los sones de tu violín.

Un abrazo.

Luciano Pereira

---

Bueno Luciano: siempre se tiene 20 años en algún músculo papilar...

Un abrazo y gracias por tu comentario

Pablo A. Chiale (QEPD)