

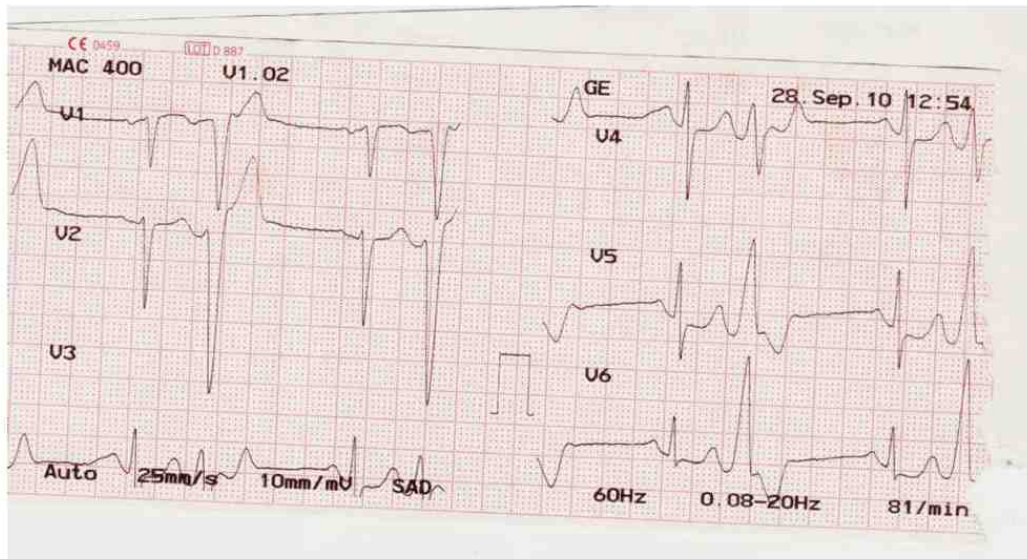
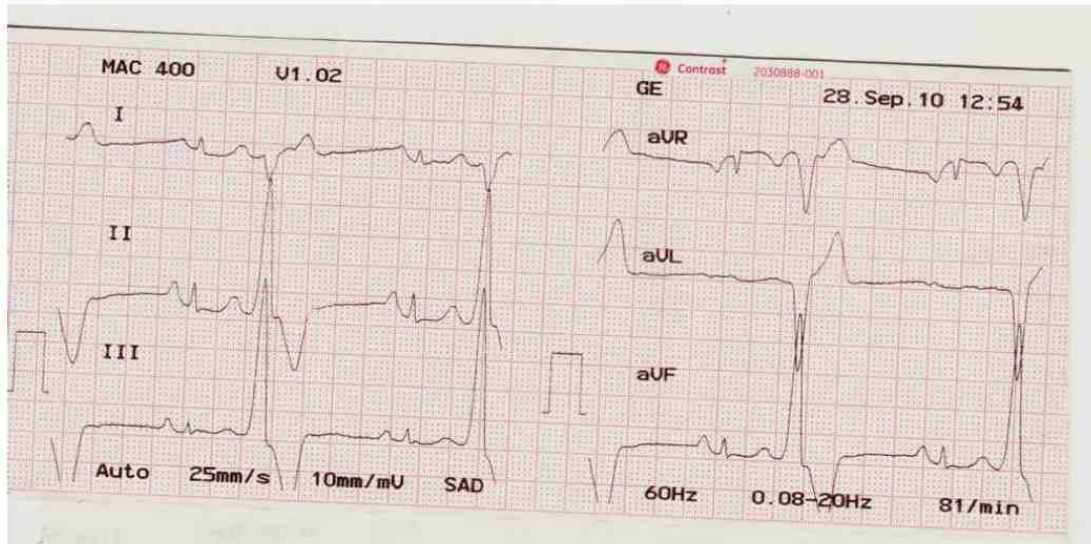
Mujer de 50 años con palpitaciones frecuentes – 2010

Dr. Ricardo Pizarro

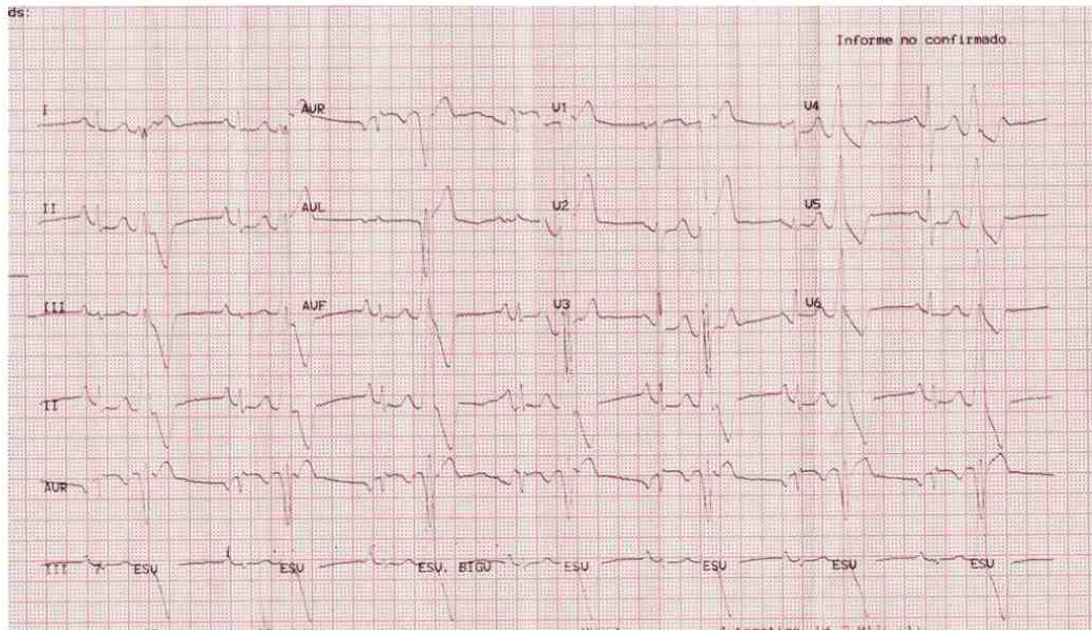
Caso de paciente femenina de 50 años que consulta por aumento en la frecuencia y duración de palpitaciones en las últimas dos semanas. Previamente eran muy ocasionales. Actualmente le producen mucha ansiedad y la incapacitan para laborar adecuadamente. Ha observado que aumentan durante los momentos de mayor estrés. El ejercicio (caminar) no se las produce.

PA: 150/90. HTA de diagnóstico reciente. Su cardiólogo la inició con verapamil 120 mg al día, pero persiste su dolencia actual. Sin antecedentes familiares de MSC.

A continuación, su primer ECG tomado al momento del cuadro de palpitaciones en su trabajo:



Otro ECG tomado en el ER al momento de su evaluación inicial:



En el ECO:

Aurícula izq: tamaño normal. Raíz de la Aorta y válvula aórtica: normal.

Septum Interventricular: Ligeramente hipertrófico y diskinético.

Pared posterior: Ligeramente hipertrófico con movilidad conservada.

Ventrículo izq: tamaño normal con disquinesia septal y apical.

Válvula mitral: con velo septal redundante que se prolapsa levemente. Insuficiencia mitral ligera.

Válvula aórtica: flujo aórtico conservado.

Válvula tricúspide: Insuficiencia tricuspídea ligera. PSVD (Rt) 27 mmHg.

Pericardio sin efusión. No hay trombos intracavitarios.

El ritmo cardiaco medio del paciente ha sido de 85 LPM. No han aparecido episodios de taquicardia. No han aparecido episodios de bradicardia.

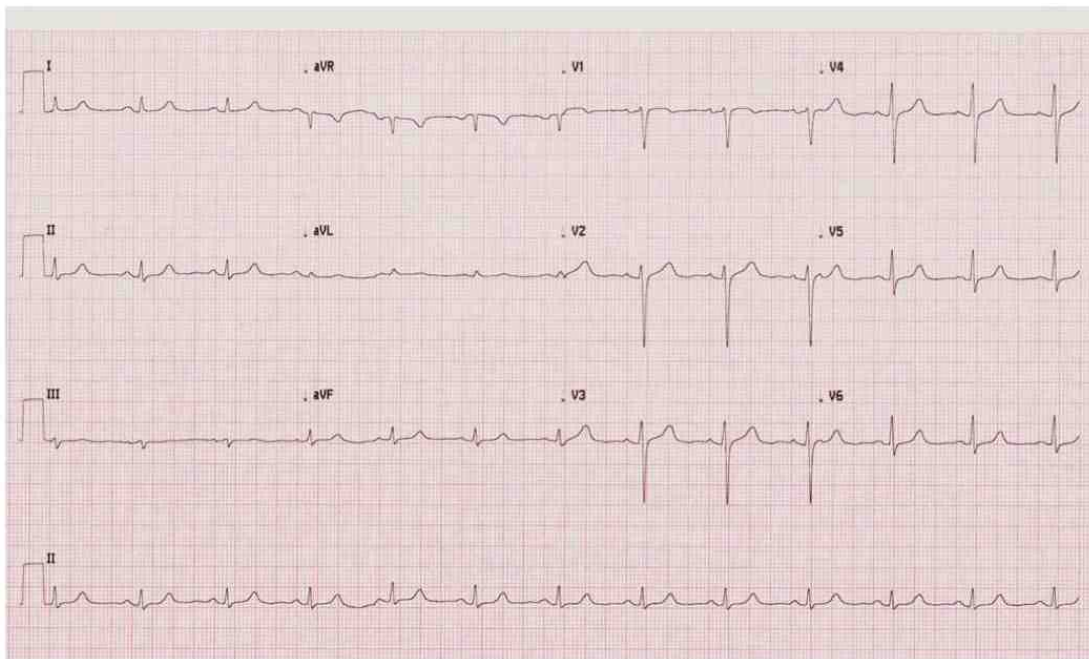
No han aparecido pausas que excedan 2.5 segundos.

Se han detectado 26860 extrasístoles ventriculares, que representan el 25% de la cuenta total de latidos. La frecuencia más alta de extrasístoles ventriculares tuvo lugar desde 11:00 PM hasta 12:00 AM Vie. Durante este tiempo sucedieron 2269 EV (s) Se han observado extrasístoles ventriculares como 26845 latido(s) aislado(s) sólo. No han aparecido latidos aislados o galopes. Algunos de los latidos ventriculares sucedieron en ciclos bigéminos.

Han aparecido 1 extrasístoles supraventriculares, que representan < 1% de la cuenta total de latidos. La frecuencia más alta de extrasístoles ventriculares tuvo lugar desde 05:00 PM hasta 06:00 PM Jue. Durante este intervalo tuvieron lugar 1 ESV(s).

No han aparecido episodios de descenso ST (definidos como -1.0 mm o más) en el canal 1. No han aparecido episodios de descenso ST (definidos como -1.0 mm o más) en el canal 2.

Último ECG tomado en momento en que se encontraba asintomática.



OPINIONES DE COLEGAS

Querido amigo Ricardo

¡Qué hermoso caso nos presentas!

Mi interpretación ECG:

Bigeminia Ventricular originada en el tracto de salida del VD.

Dado los bajos voltajes en derivaciones de los miembros, realizaría una RNM para descartar ARVD incipiente (no tiene inversión de onda T precordial ni onda epsilon).

Diagnóstico Diferencial:

1. Bigeminia del tracto de salida del VD
2. Displasia arritmogénica del VD

Plan

1. RNM
2. PEG: descartar isquemia
3. Dados los síntomas de la paciente, y la alta densidad de arritmia, considero que la ablación sería una alternativa segura si no hay isquemia ni displasia.

Salud

Adrián Baranchuk

Estimado Dr Ricardo: bigeminia ventricular, y alta carga de EV del Holter.

En el ECG basal observo infradesnivel del segmento ST horizontal de V3 a V6 con T simétrica. Escasa progresión de R de V1 a V3.

Me llaman la atención los voltajes disminuidos de amplitud en todas las derivaciones, ¿es hipotiroidea? Lo raro es que no se encuentran disminuidos los voltajes de las ondas P.

En el ECO disquinesia septal y apical. pero informa ¿FS normal? ¿medida por Simpson o bullet? o ¿estimada por el operador?

1 En primer lugar descartaría isquemia miocárdica con estudio de perfusión. Me permitiría confirmar la FEY y si presenta áreas necróticas (en el ECO las refiere), o en riesgo isquémico. Y comportamiento de las EV con el esfuerzo.

Si no es de origen isquémico comparto lo mencionado por el Dr Adrián.

Me quedan unas dudas que me permitan aclarar porque algunos hallazgos. Tal vez alguien me pueda ayudar a descartar o confirmar:

Poco probable y no tengo evidencias. ¿Proceso viral previo al comienzo de sus síntomas? Esperaría otros hallazgos en el ECO para esto, pero no encuentro explicación para la disquinesia y los voltajes disminuidos de amplitud. Una miocarditis me explicaría también el por qué de de tan alta carga arrítmica.

Un saludo

Martin Ibarrola

Opino que se trata de EEVV muy frecuentes y sintomáticas originadas en TSVD, concretamente en site 3 septal (1 ECG) y site 2 septal (2 ECG). Ver Marchlinski et al en sus varias publicaciones para localización, según melladuras en cara inferior, polaridad en I, anchura del QRS y transición precordial.

Si está asintomática con at calcio ok. Si no, la mejor opción es beta bloqueantes. Y si persiste sintomática ablación por RF.

La discinesia septal de la eco es secundaria al movimiento anormal causado por las extrasístoles bigeminadas. La eco es prácticamente normal (ligera HVI). Yo no haría más exploraciones que un Holter de control post tratamiento y tratar su HTA si la tiene (con beta bloqueantes)

Saludos desde Barcelona

Ermangol Vallés

Estimado Dr Valles: tal vez sea simplemente una cuestión de semántica, pero en un paciente con EV de origen en el VD esperaríamos observar séptum paradojal tipo A, y movimiento septal normal en los latidos normales.

Por discinesia entiendo otro concepto ecocardiográfico.

Tal vez es un simple error semántico del operador o de su apreciación del movimiento septal y apical. A mi realizando un ecocardiograma me resulta totalmente diferente la observación de una discinesia septal y apical de un séptum paradojal. Con implicancias totalmente diferentes.

Perdón por la discusión ecocardiográfica en un foro de arritmias.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Como otros opinantes, llaman la atención los bajos voltajes del QRS en todas las derivaciones .

El ECG impresiona de EV por su morfología como originadas en el Tracto de salida del VD, tan frecuentes como para producir síntomas en la paciente, aunque sabemos que esto es muy individual.

También descartaría un hipotiroidismo, aunque en el eco no se informa derrame que como sabemos es una presentación frecuente en esta patología.

Lo otro que me llama la atención es la válvula mitral redundante con "cierto prolapso", lo cual podría ser otra causada de arritmia distinta a la que aparece en el ECG que se nos muestra.

En conclusión :

La estudiaría para descartar DAVD, por RMN cardíaca, agregaría Realce tardío con gadolínio, ya que nos puede informar de alguna patología inflamatoria reciente versus patología isquémica y por supuesto un Holter pensando en alguna otra arritmia al ser portadora de un prolapso mitral.

Saludos

Tratamiento: Cualquiera que la torne menos sintomática, BB o RF previo descartar otras arritmias

Enrique Giser

Saludos: Gracias por sus respuestas;

Estimado Dr. Martín, con relación al ECO no te puedo decir qué parámetros utilizó el operador.

Al esfuerzo, la paciente me refirió que no presentaba las palpitations ni ninguna otra sintomatología. También le pregunté por infecciones virales recientes, de un par de semanas atrás, pero tampoco las refiere, pensando en una miocarditis viral, y dijo que siempre fué muy saludable y deportiva; su dolencia actual inició hace un par de semanas, pero refirió que "muy esporádicamente" presentaba palpitations, pero de segundos de duración. Ahora, cada vez son más frecuentes y toman más tiempo, al punto que le impiden un desempeño laboral satisfactorio. Muchas gracias por tus recomendaciones.

Estimado Dr. Ermengol Vallés, el MD de la paciente inició con verapamilo 120 mg VO al día y luego subió la dosis a BID, pero persiste el cuadro de palpitations, por lo que pienso que en la próxima cita debe cambiar a BBloq, como algunos de Ustedes han recomendado; y si resultó que a raíz de su dolencia actual se le descubrió HTA (150/95), pero la paciente no presentaba ninguna molestia relacionada. Muchas gracias por sus recomendaciones.

Y también, Estimado Adrián, por tu impresión de una DAVD, citaré a la paciente lo antes posible para realizarle un ECG con las derivadas del Dr. Guy Fontaine (espero escribirlo bien), que las creó para evidenciar mejor el VD desde el tracto de entrada al de salida, para ver las ondas epsilon. Y por supuesto enviarle la RMN.

Que estén bien,
Ricardo Pizarro

Estoy totalmente de acuerdo con usted, Dr. Ibarrola. He dado por hecho que el hallazgo ecográfico era movimiento paradójico secundario a la aberrancia de conducción, pero aún ahora sospecho que no se trata más que de eso. Tal vez se debería verificar ese dato ecográfico.

Atentamente

Ermengol Vallés