

Paciente masculino de 33 años que presenta taquicardia de QRS ancho - 2011

Dr. Carlos A. Soria

Sres del Foro de Arritmias

Dr Edgardo:

Quisiera que compartamos este caso, de un paciente que ingresa a UCO hace unas pocas semanas:

Paciente masculino, de 33 años, que es derivado desde el Servicio de Medicina de Urgencia para valoración por el cardiólogo de la UCO;

MC: Palpitaciones, opresión al pecho, disnea;

AEA: Niega antecedentes de cardiopatía ni de factores de riesgo para enfermedad aterosclerótica;

Refiere que espontáneamente, estando en su trabajo de trabajador rural, comienza a sentir palpitaciones, a continuación mareos, y opresión precordial;

Además refiere que hace unos 4 meses, cuando se realizó un chequeo cardiovascular y clínico general. para una empresa como un preocupacional, el cardiólogo le dijo que todo estaba OK y que no había ningún problema y que dicho ECG se lo dejó la empresa en sus archivos. Que nunca antes se había realizado un chequeo con examen cardiovascular y ECG incluido.

Que en algunas oportunidades en los últimos seis meses ha sentido alguna que otra palpitación pero que no le ha dado importancia.

Que desarrolla sus actividades laborales y de la vida diaria sin sentir ángor, disnea, DPN ni otros síntomas;

Ex Físico: TA 100/60, disneico, ansioso; conciente; No R3 ni R4;

Todos los aparatos y sistemas: s/p

Se le realiza el ECG (1)

Acto seguido el médico de la UCO se acerca la cabecera del paciente para continuar examinándolo y es cuando el paciente sufre un paro cardiaco, y lo reanima con ayuda de otro médico y enfermera, y le aplican RCP y una descarga de 250 J y revierte a ritmo Idioventricular s/sinusal,

Se realiza el otro ECG acto seguido poscardioversión eléctrica inmediata :ECG (2);

HD: 1) Primero se pensó en TV sostenida/FA de altísima respuesta ventricular/TSV
2) Se pensó, personalmente hice ese análisis, dado algunas características del caso, en una Taquiarritmia x WPW

Aquí les envío los dos primeros ECGs, aunque desde las 10,00 hs aprox hasta las 11,30 se le hicieron cinco o seis trazados.

Luego que vean y analicen éstos dos primeros, les enviaré, Dios mediante mañana sábado los otros trazados, que a juzgar por lo que dió que hablar éste caso, son muy interesantes;

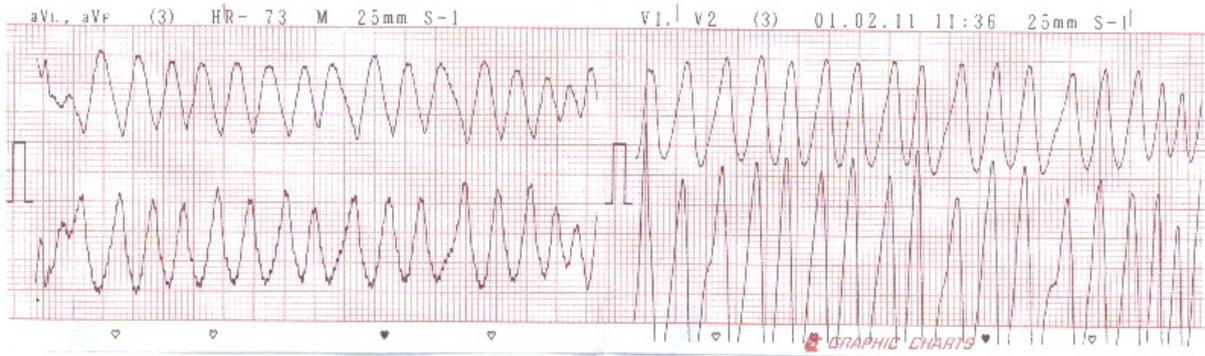
Por una cuestión de que parece que es pesado el archivo, aquí envío el ECG (1) y por separado el ECG (2)

Un saludo:

y gracias por permitirme enviar éste caso;

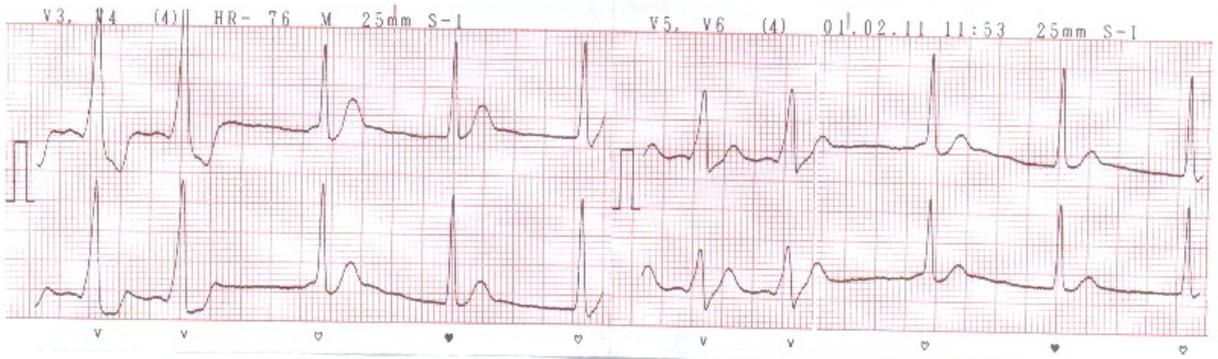
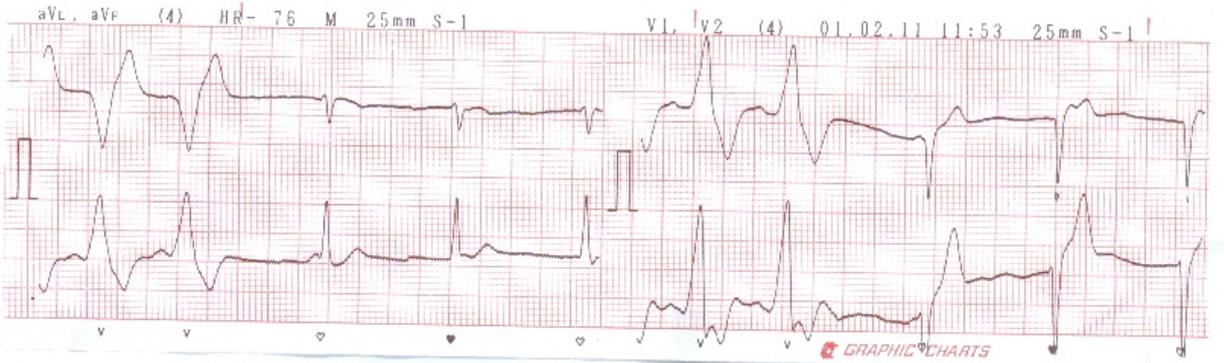
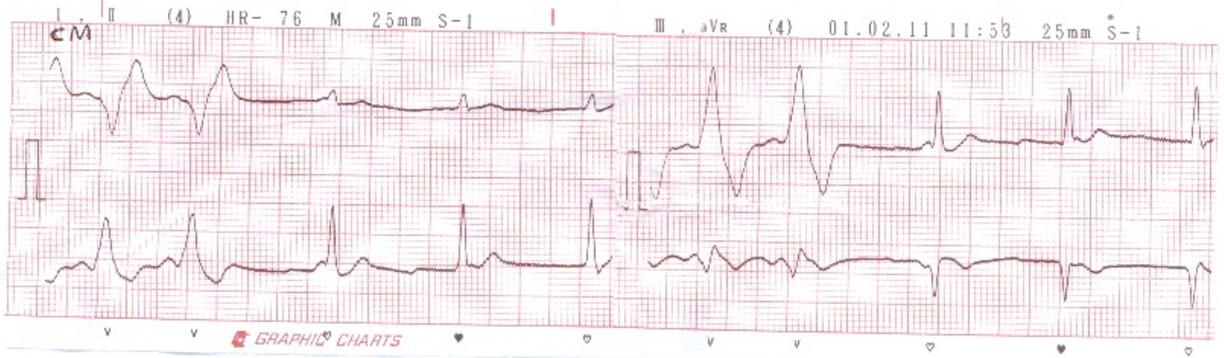
Dr. Carlos A Soria

(1)



Envío el ECG (2)

②



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Carlos

ECG #1: FA preexcitada mediante una via lateral izquierda

ECG#2: EN RS WPW intermitente mediado por via accesoria lateral izquierda

Conducta:

Ablación por RF.

Femenia suele resolver estos casos con un solo catéter. Se está yendo de vacaciones, sería bueno que lo contactaran URGENTE. Este paciente NO debiera ser dado de alta hasta que se haga la ablación

Adrián Baranchuk

Esto no es una TV!!!, es una FA preexcitada por una vía accesoria lateral izquierda o ánterolateral izquierda, ablación urgente!!!! no se puede ir de alta sin curarlo, y se curan estos pacientes,

Como comentario, estas son las taquiarritmias que no dan tiempo a pensar nada, aunque el ECG es clarísimo, hay que cardiovertir de una, sin perder el tiempo,

Dr. Soria si llega a tener problemas por la cobertura medica, que tal vez no tenga su paciente, nuestro grupo le puede hacer el procedimiento ningún tipo de gasto en Mendoza, cualquier cosa se puede comunicar con el Dr. Mauricio Arce o Jorge Palazzolo, adjuntos del servicio y arreglar con ellos sin problemas, no lo deje ir de alta por favor sin ablacionarlo, el riesgo de muerte súbita en este grupo de pacientes es altísimo y no ha fármaco que la pueda prevenir,

Saludos, Francisco Femenia

Hola Dr Carlos

Minha opinião é a mesma do DR. ADRIAN BARANCHUK. Sua análise foi perfeita e bastante objetiva.

Raimundo Barbosa Barros

Estimados colegas

Totalmente de acuerdo con Dr Adrian y Francisco.

Es una FA preexitada por vía izquierda (con ligereza visual nos confunde con una TV, pero es IRREGULAR!!).

Me recuerda a un paciente nuestro que presentaba el mismo cuadro con FA preexitada de "altísima respuesta ventricular" casi 290 min.y estaba localizada en lado pósterolateral izquierdo pero transcurría por lado epicárdico y vecina a un divertículo de seno coronario,.por eso juntamente con mi colega Dr. Luis Aguinaga ,luego de fracazar por lado endocárdico Izquierdo, fuimos por lado derecho y logramos mejores potenciales K dentro del seno, donde se aplicó RF, desapareciendo la vía.

Considerar que muchas veces ante una FA preexitada la vía suele ser ancha y transcurre en forma oblicua al surco AV y a veces por dentro de divertículo seno coronario, por eso suele ser a veces difícil ablacionar con pocas aplicaciones y muchas veces recurrir.

Por eso aconsejamos ante una ablación de via izquierda y FA ,descartar aneurisma o divertículo de seno coronario con eco en vista apical tangencial posterior para visualizar seno coronario y también durante el estudio, inyección de contraste para visualizar seno . Es mi modesta opinión.

PD

La evolución de nuestro paciente a la fecha es buena y no hubo recurrencia.

Quizás Adrian o Dr. Femenia nos aporten una tecnología más apropiada en caso de ablación por dentro de seno coronario.,no es lo mismo una pared gruesa de ventrículo izquierdo que la pared delgada de vena -seno coronario y el hemopericrdio es de esperar

Afectuosamente

Dr Juan José Sirena

Estimado Juan Jose, un gusto saludarte y envíale mis saludos a Luis Aguinaga. Lo que vos decís es absolutamente cierto, coincido primero en intentar por víaa endocárdica retrógrada aórtica o seguramente Adrián por punción transeptal, la localización izquierda lateral pura es sin dudas la mejor ya que generalmente "caes" arriba de la vía accesoria, un poquito más complicado desde lo técnico por retrógrada es si la VA es muy anterior, ya que a veces el catéter no llega y en estos casos sin dudas es más conveniente por transeptal. En caso que sea epicárdica, generalmente están localizadas en la vena cardíaca media, nosotros utilizamos en estos casos catéter irrigado abierto y vamos titulando la potencia empezando con 20 vatios, 25, 30, 35 vatios, somos sin dudas más cuidadosos por posibilidad de lesión vascular y taponamiento, pero si vas titulando tranquilo y con paciencia generalmente llegas a buen puerto.

Lo interesante de todo tu comentario es a partir de tantos casos que hemos discutido en todos estos años, yo insisto y, como no voy a estar participando unos días, dejo la inquietud: vale la pena seguir discutiendo si a los pacientes con preexcitación ventricular hay o no hay que ablacionarlos? el caso que muestro que es similar al presentado por Soria, es un joven de 22 años, que no tenía idea de que era portador de una VA y lamentablemente debutó con lo más terrible de este síndrome, que es la FA preexcitada, síncope, reanimación, 48 hs en ARM, etc, etc,

En estos casos, como vos decís, hay que arbitrar todos los medios con los que contemos para eliminar la VA.

El ejemplo que envio, es similar, está siendo evaluado como imagen anecdótica para publicar ya que no es nada nuevo, en este caso fuimos por vía arterial retrógrada, era bien lateral y con una sola aplicación logramos la eliminación de la VA.

Saludos, Francisco Femenia

Querido amigo Sirena

Me parece que es importante NO confundir la paja del trigo.

El caso presentado por el Dr Soria, es una clásica vía accesoria izquierda, de posición lateral, endocárdica, y campechana. Francisco lo hace por retrógrada porque lo aprendió así, pero claramente el abordaje transeptal es más fácil, dado que como él dice, el catéter se avanza derecho y cae sobre hora 2-3 en LAO, justo encimita de la vía.

Toda su disquisición, muy interesante por cierto, NO se aplica a este caso que es muy sencillo de realizar. Lo digo porque alguien con menos experiencia en ablación puede interpretar este caso como complejo, y no lo es.

Las vías que trascurren por el SC, y más aún las que se asocian a divertículos de SC son generalmente derechas pósteroseptales, donde el trayecto oblicuo atravieza el seno coronario. A veces inyectar el SC con contraste, permite visualizar el divertículo y dentro, generalmente, está la vía. Si no tiene contraste, solamente con deflexionar el catéter cerca de la boca, uno lo puede encontrar.

Pero repito, esto nada tiene que ver con el caso planteado.

Por lo tanto amigo Soria, ablación si o si, sino que la Patria, Dios, Jackman y Akthar, se lo demanden.

Adrián Baranchuk

Les envió este trazado ECG (3); a continuación el ECG (4) y el ECOcard (5);

Las cosas sucedieron así:

En los primeros días de Enero/11 se presentó este caso en la UCO;

Como hacía poco tiempo que el paciente había comenzado un nuevo trabajo, creo 3 meses, el familiar no estaba seguro y estaban demorando la obtención del carnet de la obra social para el trámite de la ablación x RF; luego, personalmente hablé con uno de los Electrofisiólogos, y estaba de vacaciones; el Jefe habló con el otro Electrofisiólogo, también de vacaciones; de forma tal que alrededor del día 15, uno de ellos, volvió de sus vacaciones, y le ablacionó; aún no he hablado con él, pero por lo que comentan los

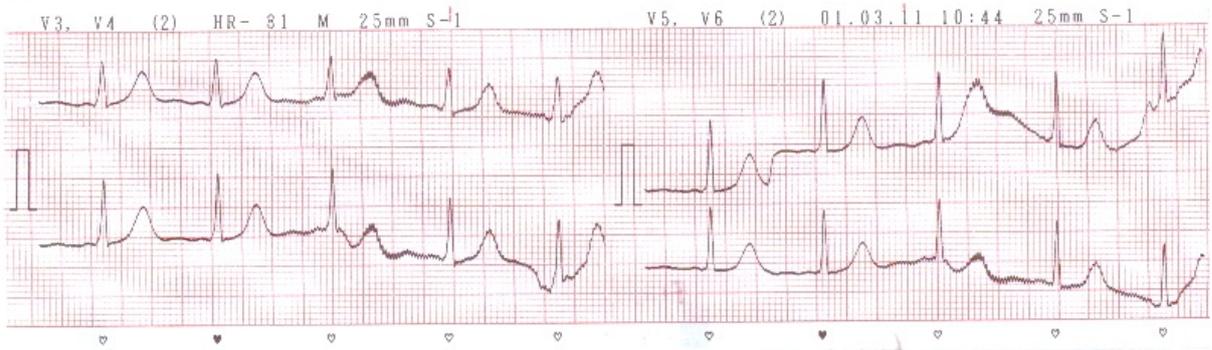
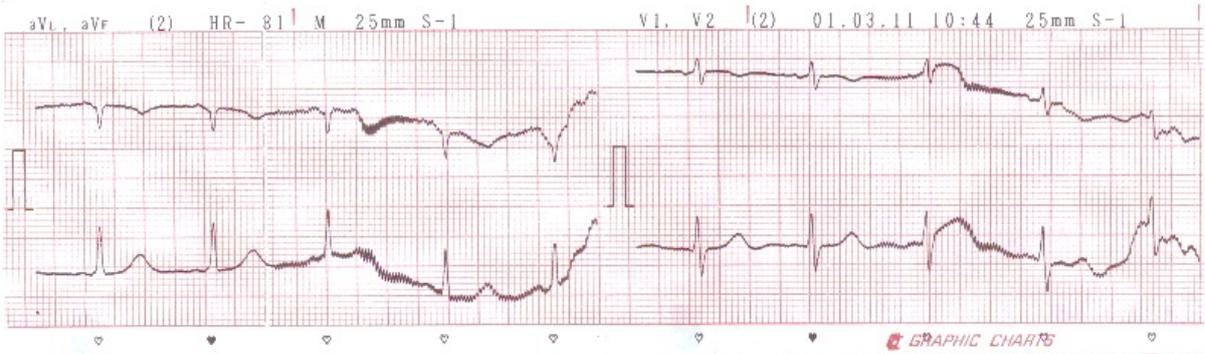
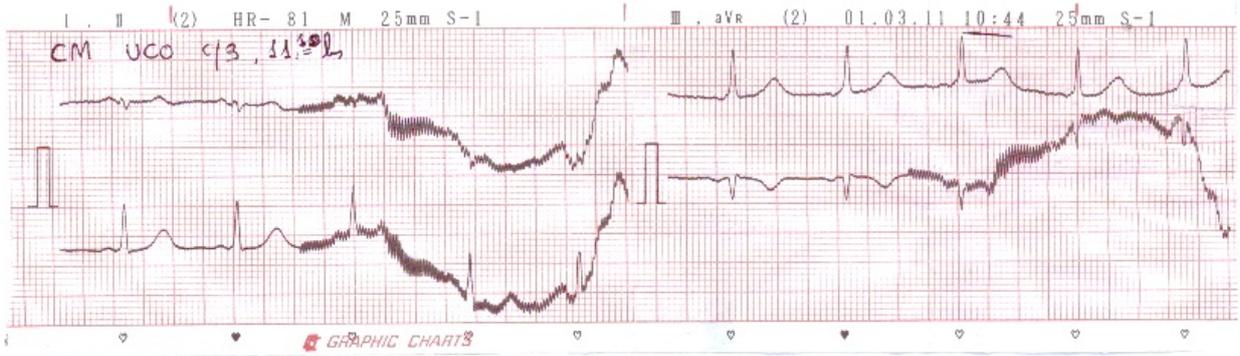
médicos fué exitosa.

Gracias Dr Femenía por su desinteresada colaboración; de haberme contactado con Ud lo habríamos solucionado más rápido; otra de las cosas que suele suceder es que estos casos lo manejan los médicos del sector donde están internados los pacientes, en éste caso en la UCO y allí a veces uno no se puede meter mucho ya que hay otros responsables;

Un saludo

Dr Carlos A Soria

(3)



④



Para finalizar, aquí les envío el Ecocardiograma (5), con el informe respectivo:

Peso: 72 Kgs; E: 1,75 mts

VI: 52 X 30 mm Ao Asc.: 27 mm

SIV: 9 mm VD: 17 mm

PP: 9 mm F. Eyecc.: 70 %

AI: 30 mm Masa VI: 163 grs

Raiz Ao: 28 mm

Informe: tanto las paredes en cuanto a su movimiento, como los diámetros de sus cavidades, como la apertura y cierre de las válvulas cardiacas: Normales; No derrame pericárdico, No MAS; no hipertrofia de ninguno de sus segmentos. Corazón estructuralmente: Normal

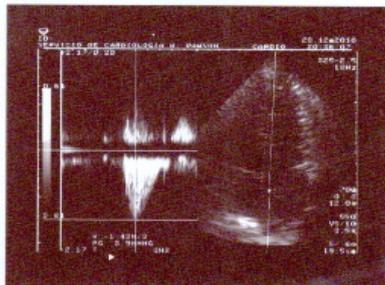
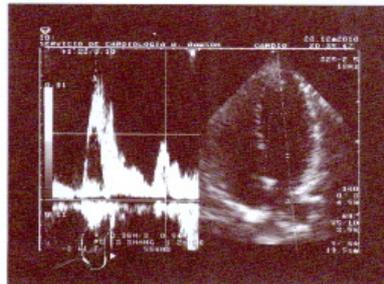
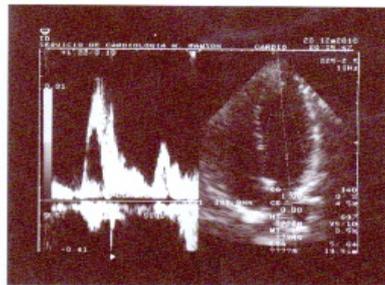
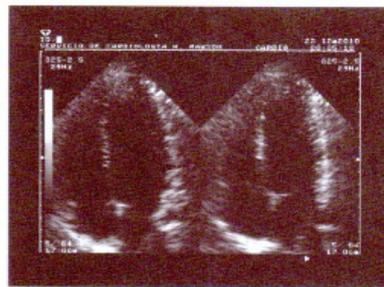
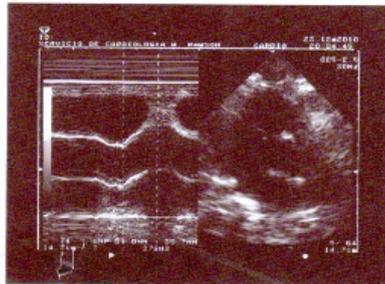
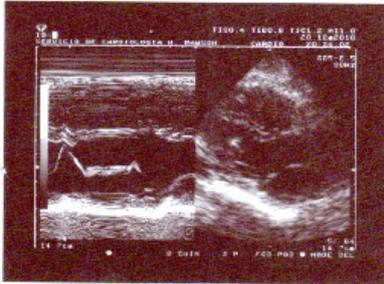
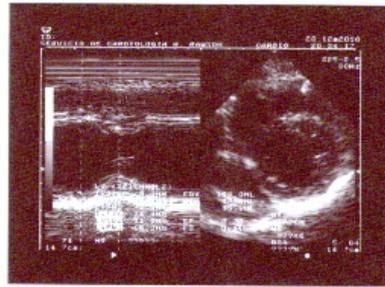
Espero se puedan ver bien las imágenes (5):

Dr Carlos A Soria

5

CM, 33 años UCO C/3

5



ЕЛОГПСІОН

