

# Mujer de 47 años que presenta palpitaciones atribuibles a TV - 2017

Dr. Edgardo Núñez

Estimados, les envío un caso clínico vivido recientemente por una compañera, con una paciente, a los efectos de conocer la opinión de ese prestigioso Foro.

Caso clínico:

47 años, sexo femenino, sin antecedentes familiares a destacar, 2 embarazos con partos normales, ex tabaquista. No fuma hace 10 años. HTA no controlada ni tratada. No otros factores de riesgo CV.

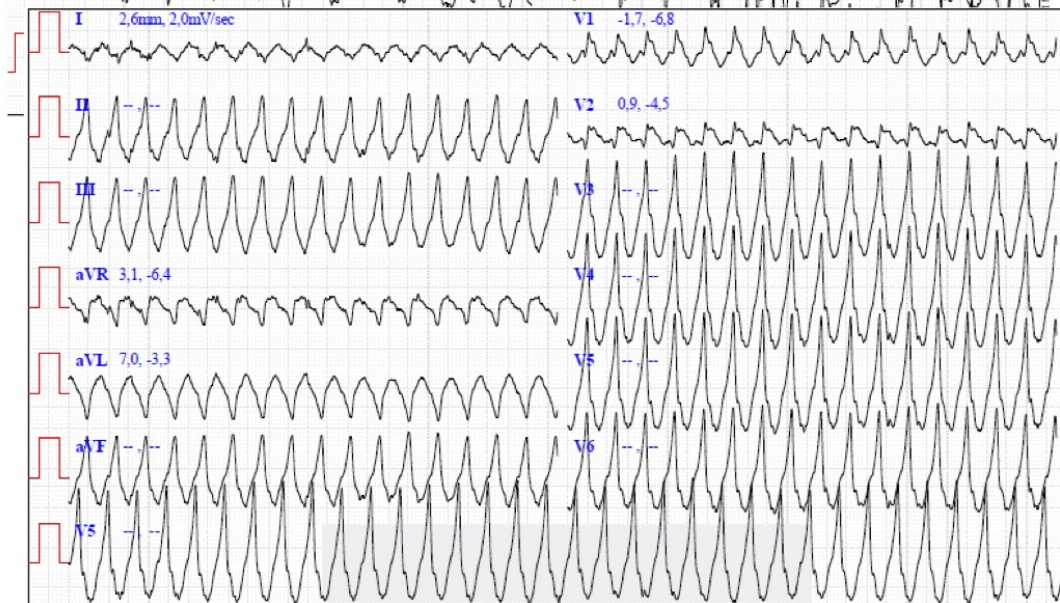
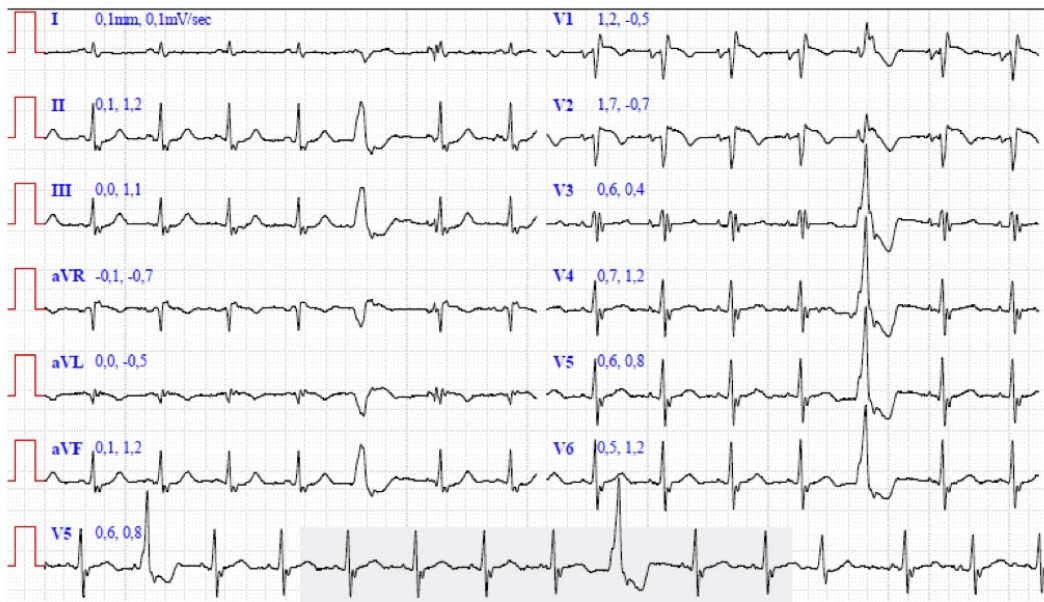
Desde hace 1 año palpitaciones ante esfuerzos moderados desencadenándose las mismas a mínimos esfuerzos en el último mes y aumentando la frecuencia con la que aparecen. Se acompañan de dolor retroesternal opresivo y disnea de esfuerzo. En alguna oportunidad mareos. No síncope.

Es referida por cardióloga tratante para la realización de prueba ergométrica, la que se adjunta.

¿Cómo seguiríamos con esta paciente? Luego adjunto otros estudios

Gracias

Dr. Edgardo Nuñez



Model: FERGONMTR AT Eco Device 120018 sin 03-04

# OPINIONES DE COLEGAS

Buenas tardes Dr Núñez.

Veo en lo que parece ECG basal (de reposo ) ritmo sinusal con V1 V2 con supraST. Pregunto si en ECG en decúbito dorsal, hicieron derivaciones en 2° EIC para descartar un S° Brugada tipo 1, y hay antecedentes familiares de MS.

Siguiendo con la 1° imagen hay EV con imagen de BRD like y positivas en cara inferior, lo que hace suponer origen en TSVD. También parecen haber fusiones.

2° imagen a una FC sinusal aproximada de 125 lpm se incrementan las EV, TVNS y origina en la 3° imagen una TVS monoforma de 214 lpm. Con imagen muy similar a las EV, es decir una TV originada en TSVD.

Descartar 1) DAVD con Ecocardio, RMN 2) TV catecolaminérgica y 3) descartar S° Brugada

Esperemos opiniones de los Maestros.

Corrección : disculpas...

TVS con imagen de BRD like y positivas en cara inferior: tracto de salida de V. izquierdo, cúspide coronarianas o no coronarianas.

Descarto entonces : DAVD.

Agregaría: descartar enfermedad coronaria por los antecedentes de la paciente.

Test de perfusión miocárdica.

Saludos cordiales

Dr. Juan C. Manzardo

Mendoza Argentina

Estimado Dr Nuñez:

Si no es molestia ¿podría refrescarnos la edad de la paciente, medicación y motivo de pedido de la ergometria?

¿Dispone de una ECG en decúbito?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

---

47 años, sexo femenino, sin antecedentes familiares a destacar, 2 embarazos con partos normales, ex tabaquista. No fuma hace 10 años. HTA no controlada ni tratada. No otros factores de riesgo CV.

Desde hace 1 año palpitaciones ante esfuerzos moderados desencadenándose las mismas a mínimos esfuerzos en el último mes y aumentando la frecuencia con la que aparecen. Se acompañan de dolor retroesternal opresivo y disnea de esfuerzo. En alguna oportunidad mareos. No síncope.

Es referida por cardióloga tratante para la realización de prueba ergométrica, la que se adjunta.

¿Cómo seguiríamos con esta paciente? Luego adjunto otros estudios

Gracias

Dr. Edgardo Nuñez

Estimado Dr. Nuñez. en el ECG basal presenta QS en V1 y v2 con supra ST y fragmentación del QRS en V3 y V4 que también se observa en la S final la todas las derivaciones.

Comienza con EV polimorfas y tripletas con el esfuerzo que finaliza con una TV monomorfa sostenida (onda P disociada, y por algoritmos de Brugada y Vereckeï tiene criterios de TV).

La TV se origina en la región pósterioapical o ánteroapical del VI concordante con los cambios del ECG.

Descartaría miocardiopatía no compactada por ECO y RNM, dado lo referido por el ECG y coronariopatía no por estudio de perfusión dado que si presenta tanta arritmia el estudio no va a resultar concluyente, así como tampoco la interpretación del ecoestres, sino por CCG.

Un cordial saludo.

Martin Ibarrola

---

Estimado Edgardo,

La paciente tiene TV idiopática originada en el ventrículo izquierdo.

La morfología en taquicardia orienta al "*LV Summit*". Eso se traduce como el punto más alto del VI y corresponde a la zona donde el tronco de la coronaria izquierda se divide en ADA y ACX.

También para la vena interventricular anterior.

El tratamiento de elección es la ablacion por RF. No es una ablación fácil.

Como tratamiento paliativo puede usarse betabloqueantes o bloqueadores de los canales de calcio.

Un abrazo

Daniel Banina

Gracias Daniel por la respuesta.

Les cuento como ha seguido esta paciente hasta el momento.

Coronariografía sin lesiones coronarias

Ecocardiograma ventriculo izquierdo levemente dilatado, con grosor parietal normal,, hipoquinesia de ración anterior y lateral, con FEVI estimada en 42%. VD normal.

Cardioresonancia que informa patrón de miocarditis aguda, con dilatación biventricular, FEVD 31%, FEVI 30%, FIBROSIS INTRAMIOCÁRDICA que involucra el 23% de la masa .

Por ahí todo hasta el momento.

Gracias

Dr. Edgardo Nuñez

---

Estimado Edgardo,

Esa RM cardíaca cambia todo.

El diagnóstico de TV idiopática se complica con una RM anormal.

Si bien puede existir una TV idiopática conjuntamente con una cardiopatía estructural, es raro y es necesario demostrar que se comporta como una TV idiopática y no como una estructural.

Sería muy interesante poder ver las imágenes.

Dado el diagnóstico imagenológico sugestivo de miocarditis, tiene indicación de biopsia endomiocárdica porque podría tener miocarditis de células gigantes.

Y dependiendo del resultado de la biopsia y de la respuesta al tratamiento, parece ser muy probable que tenga indicación de CDI para prevención secundaria.

Saludos,

Daniel Banina

Hola amigos

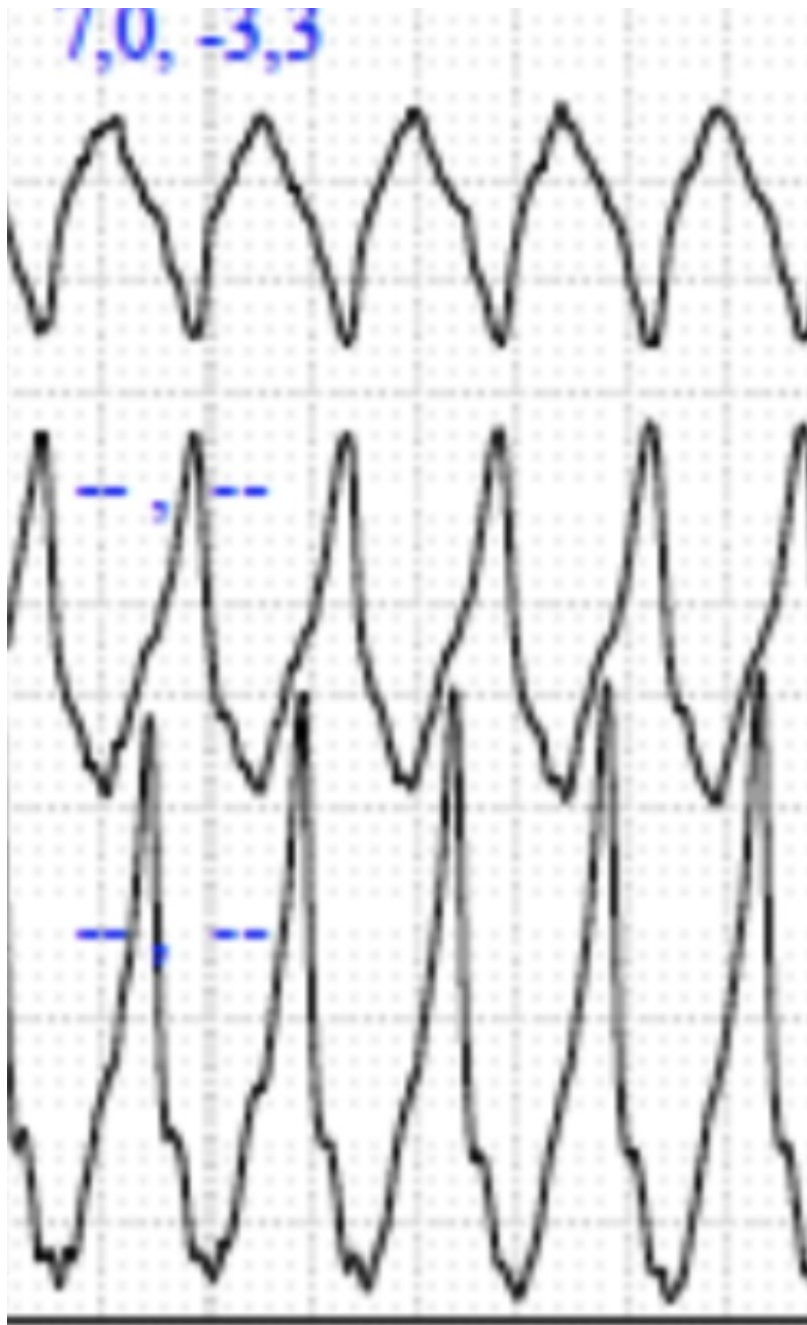
A la luz de la RNM sin duda se trata de una TV con cardiopatía estructural.

Mi observación de la TV es que NO tiene disociación AV sino conducción VA 1-1, nace de base de VI y tiene características de epicárdica

De gran enseñanza

Saludos

Juan José Sirena



De acuerdo, y la deflexión negativa que se ve en el canal inferior al pie del QRS ancho sol probablemente las P retrógradas

Saúl Drajer

---

Hola luego de la 2da EV se observa una onda positiva. ¿No es disociación AV?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola