

Paciente jovem (19a) com história de síncope sómente relacionada com esforços físicos – 2010

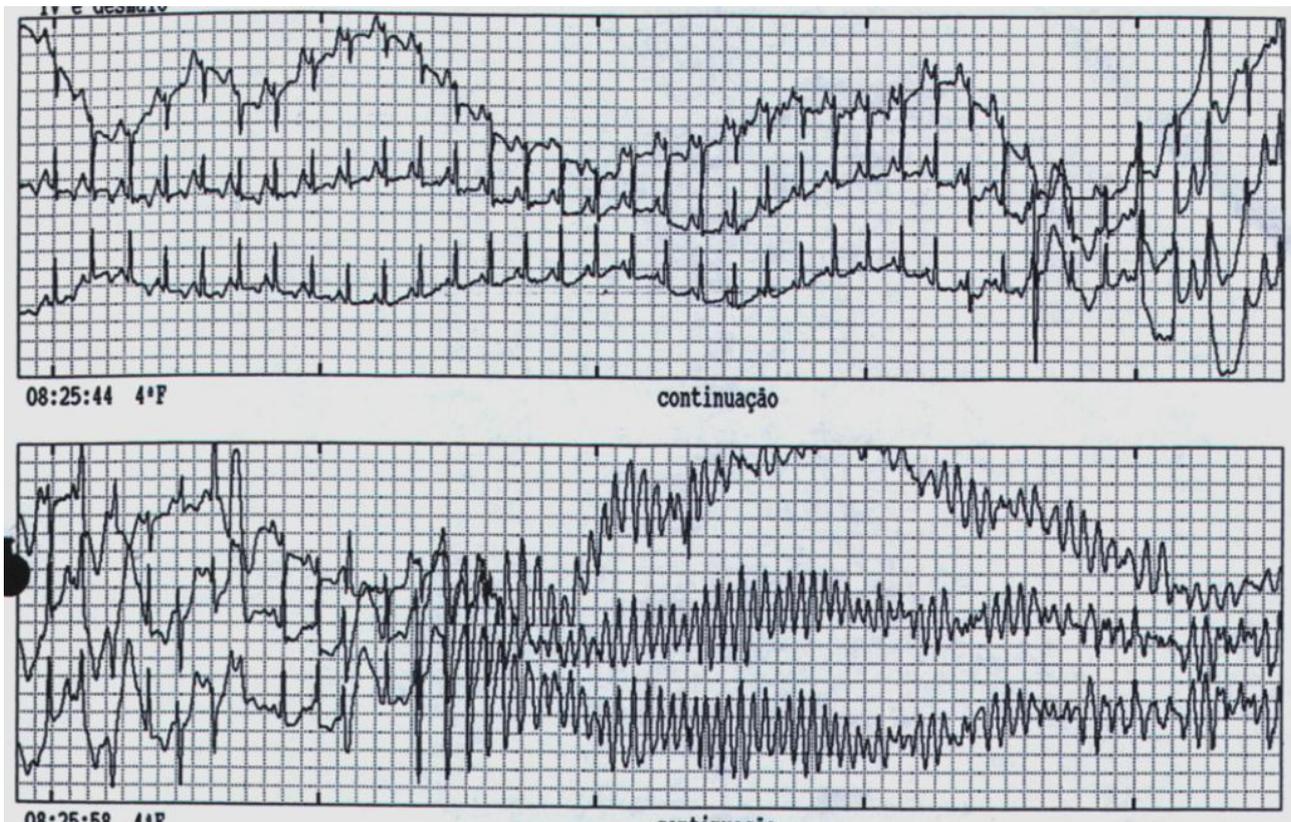
Dr. Raimundo Barbosa Barros

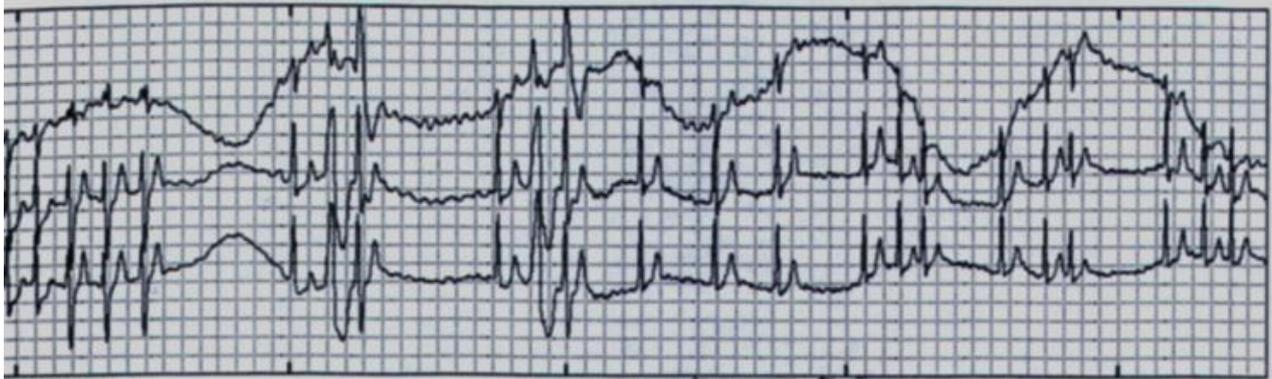
Trata-se de uma paciente jovem (19a) com história de síncope sómente relacionada com esforços físicos. ECG basal é normal. ECO também normal. Não há relato de morte súbita na família. Foram solicitados teste ergométrico e holter. Estou enviando traçados de holter gravados durante 1 episódio sincopal (subindo escada). Infelizmente não tenho o resultado do TE.

Quais são os próximos passos diagnósticos e quais as opções terapêuticas?

Um abraço

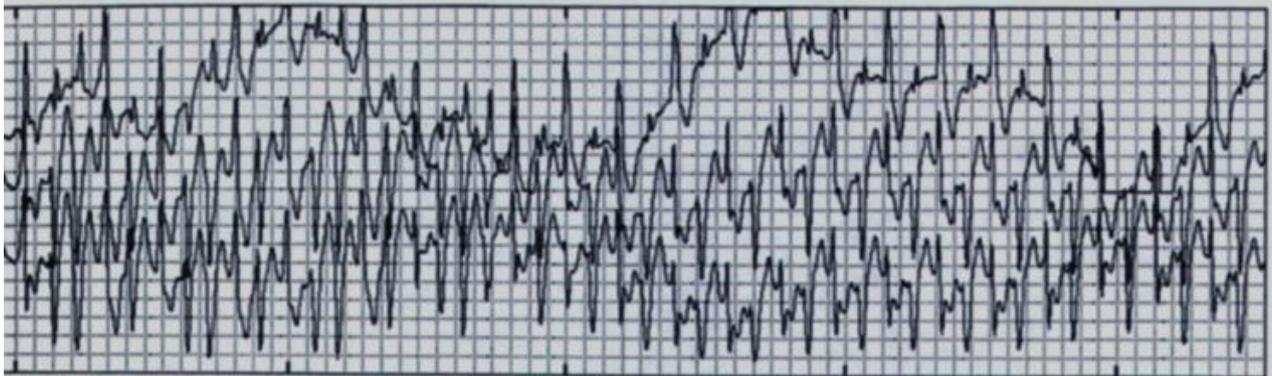
Raimundo Barbosa Barros





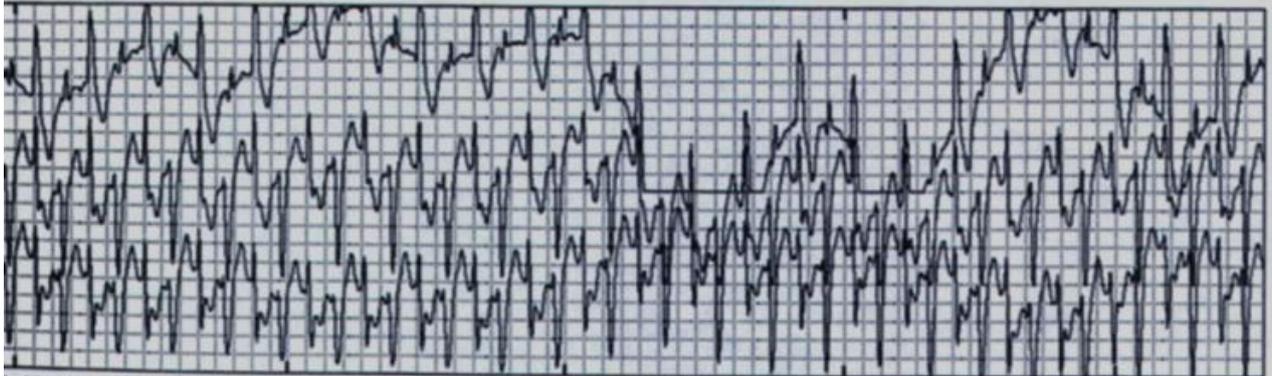
3:26:40 4°F

continuação



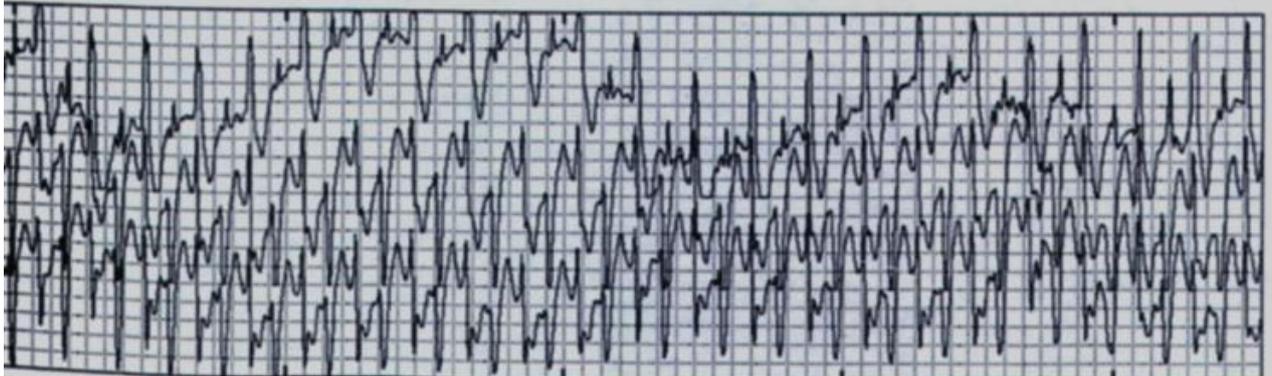
3:26:54 4°F

continuação



3:27:08 4°F

continuação



Escala: mini strip

Formato: C1 C2 C3



Escala: mini strip

Formato: C1 C2 C3

OPINIONES DE COLEGAS

(Traducción)

Queridos todos

Se trata de un caso de taquicardia ventricular bidireccional inducida por el ejercicio. Ya hablamos anteriormente de las causas de esta rara forma de arritmia. En esa edad los jóvenes con síncope inducido por el ejercicio, incluso con historia familiar negativa de MSC, el diagnóstico más probable es TVPC [Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica]. El Holter mostró un deterioro de esta TV en TVPC y luego se convierte nuevamente a RS en forma espontánea.

Una prueba de evocación con epinefrina y una prueba de esfuerzo ayudarán en el diagnóstico. Estas pruebas muestran EV frecuentes seguidas de TV bidireccional, si la prueba continúa. Los tests genéticos confirmarán el diagnóstico.

La TV del tracto de salida del VD está presente durante el ejercicio, pero este tipo de TV es monomórfica y no polimórficos.

El tratamiento de elección es con bloqueadores beta. Otros recomiendan calcioantagonistas. Hay algunos informes acerca de la flecainida en los casos refractarios. El papel del CDI es cuestionable. Estos pacientes sufren de múltiples choques inapropiados. El mismo choque, aunque fuera apropiado, puede conducir a más estrés y la provocación de la arritmia.

Espero seguir aprendiendo de ustedes.

Un cordial saludo.

Raed Abu Sham'a

Queridos amigos, ¡qué caso por favor!, TV bidireccional, y desarrollo de TV/FV catecolaminérgica, igual me gustaría un ECG basal y poder medir el intervalo QT, descartaría síndrome de QT corto, caso publicable de acá a Marte.
Urgente betabloqueantes, lo dejaría internado y evaluaría implante de CDI, hermoso caso,
Saludos

Francisco Femenia

Portuguese

Fantástico caso!

Típica TVCP

Conduta: Altas doses de beta-bloqueadores – repetir HOLTER + prova de esforço para verificar a eficácia das drogas

Há duas condições para a continuidade da medicação a longo prazo:

- 1) Que seja bem tolerada
- 2) Que não surja queixas com a manutenção das drogas por um longo período

Realizar teste de esforço e Holter em todos os familiares de primeiro grau

Prof. Belhassen, Bernard

Short QT interval (syndrome?) - evident on the 3rd tracing

Cheers,

Ihor Gussak MD, PhD, FACC

Igualmente me gustaría un registro de 12 derivaciones, pero las primeras tiras impresionan QTc largo, presenta ciclo corto-largo-corto previo, y la TV es típicamente helicoidal: ¿QT largo tipo 1? (desencadenado por ejercicio). Estoy de acuerdo que la segunda parte es una TV bidireccional típica de TV catelominergica pero no puedo descartar sin un buen registro una alternancia eléctrica en el contexto de QT largo.

En todo caso Betabloqueantes y posiblemente una DAI

Ermengol, Valles

Estimado colega, ante este Holter caben dos diagnósticos

1) TV polimorfa catecolaminérgica, que claramente se desencadena con el ejercicio como Ud muestra en el Holter. ¿Ecg basal tiene QT normal? Si es así es mi primer diagnóstico.

2) TV bidireccional del síndrome de Andersen-Tawill, aquí hay alteraciones dismórficas y QT-U prolongado. No está desencadenado por el ejercicio y es una condición más benigna.

Tratamiento: Nadolol 2 mg/Kg/día y PEG en el caso de ser TVPC, si el síncope recurre o la PEG induce la TV: CDI

Si tiene Andersen: flecainida 1-2 mg/día

Si se pudiera hacer test genético sería ideal.

Short QT, es posible, pero quiero ver el ECG de 12 derivaciones

Saludos.

Oscar Pellizzón

(Tradução)

Neste caso, da jovem de 19 anos, que apresenta FV e extrasístoles, eu recomendaria grandes doses de betabloqueadores (metoprolol 2x 200mg) associado a CDI, por apresentar elevado risco MCS e assim, os BB sozinhos não protegem com segurança contra MCS.

Saudações da Polônia

Peter Kukla

Hola a los del Foro.

Hola Dr Femenía:

Éste caso de esa joven de 19 años y con esa arritmia durante el esfuerzo de subir escaleras, me recuerda a aquel otro caso que presentamos hace unas pocas semanas, con otros colegas de nuestro servicio.

En nuestro caso se trataba de una mujer de 39 años, madre de 2 hijos y con tres episodios en su historia de síncope, el último con pérdida del conocimiento y que ingresa a la guardia de la UCO con una Taquicardia similar, pero no igual al caso nuevo. En el caso nuestro se trataba de una Taquicardia Supraventricular tipo FA de altísima respuesta Ventricular, que impresionó en un primer momento como si fuera una TV tipo T de Punta. Luego en el segundo ECG había un WPW con al menos dos vías anómalas y en el ECO una Valvula Tricúspide con implantación baja (o sea un Ebstein) y que fué ablacionada con éxito esas 2 vías anómalas.

En éste nuevo caso de jovencita de 19 años, se ve un Taquicardia regular, también de altísima frecuencia, con algunos latidos de fusión, y que por momentos es birideccional. Tiene historia de síncope al esfuerzo.

El colega que la presentó, informó que el ECG (en el que no hay QT ni corto ni largo) y el ECOcardiograma son normales.

Me quedaría con una TVPC bidireccional catecolaminérgica (inducida justamente por el ejercicio);

Le haría (al lado de la cama de la UC) un Test de Esfuerzo; y trataría de provocar la arritmia c/ efedrina.

Iniciaría con BB y seguimiento mediante ECG y Holter seriados.

Uno de los pedidos a realizar serían: T3, T4, TSH e interconsulta con Endocrinología, Parasitológico de materia fecal, TIF y Hemaglutinación p/Tripanosoma Cruzi y laboratorio p/descartar Tumor de suprarrenales.

Un saludo

Dr Carlos A Soria

Carlos

¿Cuál es la relación entre un examen parasitológico de materia fecal y una taquicardia ventricular bidireccional?

Adrián Baranchuk

Cero. El tripanosoma Cruzi es un parásito, que entra vía solución de continuidad cutánea en forma de tripomastigote metacíclico, por lo que el examen coprológico carece de utilidad. Saludos desde Mexico, chili's lindavista

Jairo Rodríguez

Estimado Dr Jairo Rodriguez

Gracias por su colaboración en el foro. La pregunta NO fue dirigida al foro, ni a Ud, sino al Dr Carlos Soria, quien sugirió solicitar un parasitológico en materia fecal. Creo que su aclaración, la cual agradezco, no contesta a mi duda. Alguna idea tengo sobre el tripanosoma (vea Muratore Baranchuk 2010 Vasc Health Manag; se baja gratis de Internet).

Es posible, tal vez no, que el Dr Soria tenga en mente algún otro parásito que quiere descratar en pacientes con TV bidireccional, pero la verdad yo no veo la conexión. Me gustaría que la aclare él.

En otro orden de cosas, solo el moderador del foro puede poner fin a una discusión (sea esta científica, política o cultural). Los demás, somos solo foristas sin poder de reclamar el final de una discusión.

SALud

Adrián Baranchuk

Hola Adrián:

Hace 30 años, tuve la oportunidad de ser uno de los médicos que inauguró (como médico de guardia) la UCO de un Hospital, al Oeste de nuestra capital.

Recuerdo, que internamos a una mujer, de mediana edad y con una TV. En aquel entonces, el único dato que nos llevaba a pensar de el sustrato para la presentación de dicha TV era el quiste de la triquinosis a nivel músculo cardíaco. La paciente vivía en zona de campo y frecuentemente en su alimentación, ingería alimentos a base de carne de

cerdo y otras carnes y que podrían haber estado poco cocidas.

En los análisis de laboratorio no había Chagas ni otra patología. Se pensó en triquinosis. Se había discutido en aquella ocasión, ya que no se encontraba otra causa, que podría haber hecho una miocarditis, o una reacción miocárdica inflamatoria al quiste que estaba desorganizando e inflamando las fibras musculares cardíacas.

Recordemos que las larvas de dicho parásito, evolucionan a adulto en el intestino humano, ya que el hombre es un hospedador intermediario. Además las larvas se pueden diseminar por vía hematológica y distribuirse no solo en el corazón, sino también en el cerebro, músculos esqueléticos y la piel.

También, cuando se presenta una miocarditis que es difícil de diagnosticar, luego de un tiempo, la zona afectada puede llevar a una cicatrización, o las larvas se destruyen o mueren o desaparecen y no suelen enquistarse. En otros órganos suelen enquistarse.

De allí que en aquella paciente al menos pensamos que su TV pudo haber sido provocada por una miocarditis aguda localizada y que al pasar el tiempo pudo no haber dejado secuelas miocárdicas ni de arritmias.

Al poco tiempo de ese caso, y ya cuando nos trasladamos desde el primer piso a la planta baja de la actual ubicación de la UCO, tuvimos el caso de un señor, con domicilio en la zona precordillerana, que es internado por disnea intensa (no recuerdo que haya tenido o ingresado por arritmia cardíaca) y al estudiarlo se le detecta un quiste hidatídico en la Aurícula Izquierda (x Ecocardiograma). Dicho caso fue publicado en la revista de la FAC allá por el año 1983-4 cuando se comenzó a trabajar con la Residencia en Cardiología en dicho Hospital.

Por informes de varios especialistas de pulmón y de aparato digestivo, no son poco frecuentes los casos de quistes hidatídicos ubicados en el pulmón y en el hígado.

Por todo lo anterior, no sé si es muy científico Dr Adrián, tenemos que pensar en dichas patologías (la cisticercosis e hidatidosis) o triquinosis como causa de inflamación aguda o sea miocarditis localizada, como potencial causa de arritmia cardíaca; al desorganizar las fibras miocárdicas, con procesos inflamatorios con eosinófilos y otras células.

El caso de la joven de 19 años es diferente, creo, ya que es causado por el esfuerzo y hay una prueba documental que es el Holter que se presentó y que además se hizo un análisis detallado de la TVPC, que lo he leído y lo he archivado para releerlo otro día, porque considero que está muy interesante.

Un saludo

Dr. Carlos A. Soria S.

Lo entiendo. Debo disculparme por mi intromisión.

Jairo Rodríguez

Agradezco su comprensión, reciba Ud Dr. Rodríguez un abrazo sincero

Estimado Dr Soria

Gracias por su email. Lindo caso el descrito, pero como Ud sugiere, nada tiene que ver con el caso presentado, y por lo tanto el examen parasitológico de materia fecal no debiera ser sugerido ni solicitado.

Lo remarco porque son muchas las cosas que deben hacerse a esta paciente que tiene una arritmia potencialmente letal a los 19 años, y sumar estudios basados en cuestiones anecdóticas, no tiene sustento ni debe pregonarse como práctica habitual.

Lo saludo con mi más distinguida consideración comentándole que estamos organizando un simposio internacional en San Luis (cerca de su tierra) para Agosto 2011 y sería genial que Ud y su grupo pudieran acercarse hasta allí.

Cuando haya más info disponible, por este medio, Francisco o yo mismo le cursaremos una invitación más formal.

Adrián Baranchuk

Sí Dr Baranchuk:

El caso de la joven de 19 años, está claro que es una TVPC, y que aún le faltan algunos estudios. Conuerdo con Ud.

Otra cosa es la que estoy diciendo, a raíz de haber visto dos casos, uno de una TV y con antecedentes epidemiológicos para pensar en triquinosis, y otro caso de un señor con quiste hidatídico en la AI, probablemente originado en el pulmón y por relación de continuidad, se alojó dicho quiste en la AI. Eso por un lado.

Por otra parte, no es que yo esté sugiriendo o proponiendo que a todos los pacientes con arritmias potencialmente letales como el último caso que se presentó se le pide un exámen parasitológico de materia fecal.

Sucede, que si bien lo que yo digo por ahora no tiene un comprobación científica, ni hay estudios en qué apoyarse; y habida cuenta de que tanto la teniasis como otras parasitosis incluida la triquinosis y la hidatidosis, pueden provocar cuadros de miocarditis aguda, quizás localizada y por ese mecanismo generar arritmias cardiacas; podríamos pensar al menos en que esas parasitosis existen.

Sin olvidarnos que tenemos en nuestras zonas, la endemia de la enfermedad de Chagas-Mazza, que es un parásito que deyecta la la vinchuca sobre la piel, y que puede provocar un Chagas agudo con todas sus consecuencias, o una forma crónica que es la que más frecuentemente vemos, con la destrucción de las fibras musculares (zona de acinesia en la punta y con posterior aneurisma y formación de trombos-coágulos q luego emigran a otros territorios) y la destrucción de los haces del Has de His con los típicos Hemibloqueos más los Bloqueos completos de Ramas y las arritmias ventriculares de todos los colores.

Es decir, no creo que a todos los pacientes con arritmias le solicitemos estudios de materia fecal para buscar los parásitos alojados en el intestino o las pruebas serológicas de anticuerpos para detectar algo relacionado con las arritmias cardiacas, pero creo que es para tenerlo en cuenta.

En todo caso Dr Adrián, ¿no cree que podríamos iniciar una línea de investigación al respecto?

Sería importante, si algún cardiólogo de los mas de 600, que creo q es ese el número de los que integran éste Foro de Arritmias, tiene algún caso de paciente con arritmia cardiaca, desde simples EV hata las más complejas y que haya corroborado mediante análisis de laboratorio la coexistencia de datos positivos para parasitosis intestinales (o análisis de sangre, excluído el Chagas), que lo presente a éste Foro.

Lo saludo;

Gracias por el aviso de San Luis.

Dr. Carlos A. Soria S.

Muy tentadora su propuesta Carlos. En esta ocasión el periplo empieza en Santiago de Chile, luego Valdivia, luego Mendoza para terminar en una Jornada en San Luis de 2 días. Ojala podamos adosar San Juan pero por cuestiones de tiempo lo veo difícil.

Por supuesto, estar con Uds sera un lujo y lo de la cava un "accesit".

Yo su propuesta la miraría por el otro lado: ¿Cuántas parasitosis intestinales, en los últimos 18 meses, se presentaron con algún tipo de:

1. Afección Miocárdica
2. Miocarditis comprobada
3. Arritmias Cardíacas

Eso me daría una idea de prevalencia de afección cardíaca en las parasitosis intestinales y desde ahí discutiríamos si sistemáticamente Ud debe evaluar el corazón en portadores de parásitos intestinales.

Por el lado que quiere ir Ud, es un camino muerto. Porque Ud necesitaría no 600 cardiólogos, sino 15, 000 pacientes (dado que el outcome, aún sin saber nada sobre el tema; sería muy pero muy bajo)

SALud

Adrián Baranchuk

Queridos amigos:

No estoy en dar respuesta precisa a Adrián.

No obstante quiero comentar una frecuente observación en nuestro consultorio de Enfermedad de Chagas, a la que no habíamos prestado mayor atención hasta este intercambio de mensajes.

Muchos pacientes suelen presentar eosinofilia. Rutinariamente entonces les solicitamos un Examen parasitológico de Materia Fecal y Test de Graham.

El hallazgo de variados parásitos intestinales es relativamente frecuente. En general siempre lo asociamos a la convivencia con diversos animales domésticos, a la falta de servicios básicos, cloacas, etc.

No podría decir a qué grupo (con o sin manifestaciones de cardiopatía) pertenecen estos pacientes ni si la presencia de parásitos diversos (giardas, amebas, etc) guarda o no relación con la clínica. Sólo digo que lo observamos.

Hay un muy viejo trabajo de Enrique Manzullo, de los años 70 del siglo pasado, en comunidades de pueblos originarios del NE y NO de nuestro país, donde la presencia de patologías concomitantes (parasitosis, TBC, etc) a la presencia de infección por T Cruzi, fue muy importante.

Sólo un comentario

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Portuguese

Fantástico caso!

Típica TVCP

Conduta: Altas doses de beta-bloqueadores – repetir HOLTER + prova de esforço para verificar a eficácia das drogas

Há duas condições para a continuidade da medicação em longo prazo:

- 1) Que seja bem tolerada
- 2) Que não surja queixas com a manutenção das drogas por um longo período

Realizar teste de esforço e Holter em todos os familiares de primeiro grau

Que os beta-bloqueadores não são efetivos em 100% dos casos dos pacientes portadores de TVPC está bem estabelecido. Porém, na minha opinião CDI não deveria ser implantado antes que a ação dos beta-bloqueadores tenham sido testados. Assim, em caso de arritmias persistentes com dose toleradas de beta bloqueadores, adição de verapamilo deveria ser considerado. Flecainide também se ha mostrado eficaz em alguns casos de TVCP. Não minha opinião o implante de CDI deveria ser cogitado como ultimo recurso após os fármacos terem falhado o quando não tolerados. Em qualquer caso dizer que os beta bloqueadores isoladamente no protegem contra a morte súbita não é exato. O implante de CDI em pacientes jovens com TVPC não deveria ser considerado uma panacéia(palavra francesa). As complicações advindas do CDI são freqüentes na população jovem e em alguns caso tem se reportado MS

Prof. Belhassen, Bernard

Para mi taquicardia ventricular inducida por esfuerzo, betabloqueantes como tratamiento, me gustaría observar un ECG basal, para ver el QT,

Saludos

Manuel Cano

Desde el 20 de octubre estoy esperando la respuesta valiosa de Adrián sobre mi pregunta acerca de lo que para mi es un latido de fusión en el ECG1 de esta persona, presentada por Dajud, incluso se lo reenvié. Supongo que esto es útil para un curso de electrocardiografía.

No es mi idea polemizar sino aprender, también llevo 42 años en el hospital Fernández, mucho tiempo viendo ECGs que también me desvelan, no soy electrofisiólogo sino un clínico interesado.

Adrian dice "La segunda **IMPORTANTE** falacia de tu último email es querer..."(el subrayado es mío) refiriéndose a que yo confundo la fusión con las características de la TV, características que conozco. Con respecto a la palabra falacia, me parece importante emplear el idioma español con conocimiento, según la Real Academia de Lenguas falacia tiene dos significados:

falacia.

(Dellat.*fallacia*).

1.f. Engaño, fraude o mentira con que se intenta dañar a alguien.

2.f. Hábito de emplear falsedades en daño ajeno.

Si es este el significado que le da Adrian a esta palabra con respecto a un email mío, no lo apruebo

Muchas gracias y saludos a todos

Dr. Claudio Goldini

Estimado Dr Goldini

Acepte Ud mis disculpas por el inapropiado uso del lenguaje, el cual estoy dispuesto a seguir aprendiendo a la distancia. Ninguna de ambas definiciones provistas por Ud, se ajusta a lo que quise decir, y por lo tanto me disculpo. Le agradezco que me llame la atención, ya que me gusta utilizar las palabras por su significado y no por la intención que pretendí darles. Se lo agradezco de veras.

Respecto al latido creo haberle contestado desde mi primer email. Sin embargo (perdone Ud mi torpeza) si me lo envia nuevamente, focalizaré toda mi atención en escrudiniar (aquí me retara nuevamente por el mal uso del lenguaje) este cuarto latido que lo tiene a maltraer. Prometo hacer mi análisis a través del foro, para que todos puedan dar su opinión.

Estimado Dr Goldini, esta lejos de mi descalificar la opinión de otro forista, y por lo tanto me disculpo nuevamente.

Para finalizar, como electrofisiólogo invasivo con profundo interés en electrocardiología, le cuento que nosotros no "pensamos" en función de latidos sino de: a. Mecanismos, b. Patrones, c. Secuencias (con alto contenido matemático). Con esto quiero decir, que cuando opinamos sobre un latido aislado, lo ponemos dentro del contexto de este trípode sagrado de la electrocardiografía, sino, corremos el riesgo de ver el árbol y "comernos" el bosque.

Lo saludo con mi más distinguida cordialidad y espero encontrar una palabra más adecuada la próxima vez.

Adrián Baranchuk

Estimado Adrian

Muchas gracias por su contestación, necesitaba saber, aunque lo pensaba, que no era su intención el usar falacia en su significado, muchas veces, creo, se utiliza como "error". En cuanto al ECG en cuestión, se lo reenvío, mi interés es solamente saber si Ud. u otras personas del foro consideran a uno de los latidos como de fusión, porque es interesante, se daría simultáneamente con un bigeminismo de otro foco? Es el cuarto latido desde la izquierda incluyendo en la cuenta la extrasístole. Además de su forma me llamó la atención la diferencia del RP con respecto al ritmo basal.

Le reenvío el ECG.

Nuevamente muchas gracias.

Dr. Claudio Goldini

Estimado Dr Goldini

Gracias por aceptar mis disculpas. ahora de lleno en el ECG.

Algunas consideraciones antes de analizar en profundidad:

1. Cuando discutimos si el 4to latido es fusión, en el contexto de ritmo sinusal y 2 extrasístoles ventriculares, la pregunta que nos hacemos es si estas extrasístoles son por reentrada o por mecanismo automático (o sea parasistólico)
3. Las viejas pero válidas definiciones del Dr Castellanos (finales de los '70) indican que para hacer el diagnóstico de parasistolia se necesitan registros de por lo menos 2 minutos (este trazado tiene menos de 30 segundos). Por lo tanto el valor del análisis del latido aislado es poco significativo.
4. El diagnóstico de parasistolia típica (que curiosamente solo se ve en el 10% de los casos) se hace por el trípode de:
 - a. Latidos de fusión
 - b. Ligadura variable
 - c. Ley de mínimo común múltiplo (por eso se necesitan registros largos)

La atípica (90% de los casos) no presenta la ley de mínimo común múltiplo dado fundamentalmente por la influencia del sistema nervioso autónomo generando bloqueos de entrada o salida del foco, lo que anula el comportamiento matemático de esta arritmia. 5. Con anterioridad he criticado el registro de este ECG y Dajud dice que está bien hecho (mañana podré retarlo en persona en Barranquilla!), y yo digo que no. Las ondas están "dampeadas"-no se como decir eso en Español- fíjese que algunas ondas P miden hasta 200 ms sin tener bloqueo interauricular (fíjese la onda P que sigue al latido en cuestión). Esto dificulta el análisis del 4to latido que puede ser fusión o estar artefactado altamente improbable de ser fisiológico y creo que se trata de un error en la velocidad del registro (no se presenta el standard).

Es verdad que hay una variación tanto en el PR y el RP del latido considerado, pero al tratarse de un hecho aislado no podría aseverar que se trate de una fusión (y dadas las definiciones de parasistolia, creo que NADIE puede aseverarlo sin un margen sustancial de error).

Espero Dr Goldini haber cubierto el análisis de este trazado y quedo abierto para la discusión que mis opiniones puedan generar.

SALUD

Adrián Baranchuk

Adrian

Muchas gracias por su análisis

Claudio Goldini

Adrian,

Los ECG están registrado 25 mm/seg, el error técnico fue aclarado, standard de 5 mm/mv. Envié los ecg borrando solo el nombre de la paciente, en el borde inferior se observa la velocidad del papel, es cierto que en uno el 2 y 5 (25) se insinúan de una forma slight-implied (no se como se dice en español)

en cuanto a dampeadas"damping" puedes decir amortiguación, usaste un término que en argentina se utiliza mucho para referirse a la curva del vmc medido por termodilución!!! (DONDE Hiciste la residencia porteño)

Ahora un poquito de sinónimos de falacia:

error

inexactitud

equivocación

sofisma

antónimos:

verdad

exactitud

acierto

autenticidad

Me gusto la acción de aclarar, buen esclarecimiento para evitar la confusión, el doctor Goldini fue puntual y vos hiciste una apostilla del buen o mal uso de la palabra falacia (era pertinente)

Doctor Schapachnik, en este foro que usted lidera magistralmente se aprende todo el tiempo y de "todito"

Les cuento que los fogones ya estan prendidos, la leña arde, los calderos ya están llenos de vitualla para esperar a Barancha en Curramba.

Abrazos a todos,

Luis Enrique Dajud C

Estimado Dr Adrian:

Como ud nos pregona he tomado el caliper y medido todos los complejos, intente marcarlo en el trazado espero que se entiendan los intervalos que he medido.

1. La primer pausa Post EV es completa (0,8 seg mas), pierde valor porque no tengo los RR precedentes.

2. La segunda pausa es incompleta (0,8 seg menos).

Pero esto no me llama la atención ya que es modulado por diferentes factores. Así que no esperaría todas fueran completas.

En los latidos propios sin EV (las dos tiras de 3 latidos)

1. En las tiras de latidos los intervalos PP son iguales, tienen un progresivo aumento del PR en parte a expensas de la duración de la conducción AV y me impresiona también involucra el tejido auricular por eso la onda P se va prolongando. Con respecto al primero, levemente más prolongado en el segundo y el tercero PR 0,8 seg más prolongado que el primero.

En ambos tandas de 3 lat propios mismo patrón.

2. Con los intervalos RR en ambas secuencias de 3 lat propios observo exactamente lo mismo. Son iguales la distancia entre los 3 primeros latidos propios y los segundos a pesar de sufrir un retraso en los RR concomitantemente con los PP. (Wenckebach?). También los QRS se van ligeramente prolongando latido a latido.

3. La ligadura es fija en ambas EV. No poseo una tira larga pero realizado el cálculo de los RR de las EV en esta tira corta no me dan los múltiplos para definirla como parasistolia. Es lo que puedo calcular con la tira tan corta. Tampoco me impresiona un latido de fusión.

Dudo que se entiendan las marcas que realicé al ECG (perdón Dr Dajud). Es la manera que encontré de graficar lo que observo.

No me impresiona sea por artefactos ni cambios en la velocidad de la obtención del trazado. Miré con detenimiento los 3 latidos propios y verá son iguales en ambos casos. Esto me descarta artefacto en la obtención del trazado.

Mi impresión es que posee un trastorno de la conducción con progresión de la conducción AV y concomitantemente con la duración del QRS. Y las EV de ligadura fija.

Espero de corazón que disfrute junto al Dr Dajud, que pase unos lindos días que lo rieguen de margaritas y disfrute de ese país hermoso y su gente.

Que Ud disfrute su estadía y que se deleiten con sus presentaciones.

Un abrazo

Como siempre me olvidé algo. En el supuesto latido de fusión observo deformación del QRS en las derivaciones de los miembros y nada en las precordiales. No podría ser la paciente realizó un leve movimiento en uno de sus brazos y esto alteró la morfología del QRS en este (artefacto)? Algún experto me dirá cuál brazo puede ser el que haya movido?

Un abrazo y buen descanso.

Martin Ibarrola

Martin

No existe Ondas P de 200 ms. La definición de *advanced Interatrial Block* es onda P > 140 ms (nunca he visto, en alguien que no tenga una verdadera enf auricular: Ebstein, est mitral con megaurícula) alguien con bloqueo interauricular variable (ya que algunas ondas P son normales) una onda P de semejante duración.

Por más que Luis insista, el registro esta mal, lo siento. Ya estoy más cerca (Miami Airport) así que dentro de un rato le digo en la cara que su registro es incorrecto. Me parece en este caso los calipers no van a ayudarnos mucho.

Acabo de escuchar el fallecimiento de Nestor K. Les mando un fraternal abrazo a todos mis compatriotas argentinos (seguidores o no del modelo K), ya que se fue un líder democrático y político de raza. Que tristeza!

Adián Baranchuk

Estimados amigos

Quisiera acotar que a los 3 criterios de parasistolia ventricular típica, mencionados por Adrián, debe agregarse un cuarto para establecer el diagnóstico de certeza=

"cuando los latidos ectópicos aparecen como ritmo, sin fenómeno de calentamiento"

Datos extraídos de ARRITMIAS CARDIACAS (Elizari-Chiale) editorial Panamericana 2da. edición, cap. 8 pág 172 y cap. 28 pag 587

Un cordial saludo

Carlos Lavergne

Estimado Dajud

Espero que su actividad científica sea exitosa. Veo que Ud. pone mucho entusiasmo en su trabajo, conozco muy bien el trabajo en Terapia Intensiva y como se comprometen los miembros del equipo de salud en la tarea con pacientes críticos y el lidiar con la muerte diariamente. Su caso de la paciente de 36 años sigue dando que hablar. Por cierto como se dijo en este foro, el médico del paciente, de último es quien da la cara. Espero que las opiniones lo ayuden a tomar decisiones y lo felicito por su empeño.

Claudio Goldini

Amigos del foro reciban todos un caluroso saludo.

Apreciado doctor Goldini, gracias por sus palabras y buenos augurios.

Todas las opiniones han sido oportunas y fructíferas, es maravilloso el foro, el foro es una fuente de sabiduría y una puerta para la amistad que permite unirnos con el mundo, el foro une las Américas, esto ultimo lo dice el doctor Baranchuk.

En el foro encontramos fortaleza y apoyo científico para decidir y tomar la mejor conducta activa para el bienestar del paciente, el cual es el eje central de nuestra profesión, como dice el maestro Sclarovsky " lo que mas me importa es el paciente"

Ayer el maestro Sclarovsky nos ilustró, fue una jornada pletórica de conocimiento en electrocardiografía moderna y morfológica, hay mucha experiencia y conocimiento acumulado en años de trabajo, investigación, observación y sobre todo dedicación al paciente y en cada caso individual.

Fue un honor, una profunda satisfacción que no puedo describir de la emoción por el logro alcanzado.

El doctor Sclarovsky es un hombre incansable, con una energía inagotable, con una disposición para enseñar y transmitir conocimiento fuera de lo común.

No tiene egoísmo para enseñar, es generoso y humilde, no se queda con nada, al contrario se desespera por enseñarnos el concepto que tiene guardado en lo mas recóndito de su memoria.

Entre los asistentes se encontraba el doctor Adrián Baranchuk, quien escucho al maestro con atención, su presencia le dió mas prestigio al curso, llenandome de mas orgullo.

Quiero reconocer en público la magnánima obra del doctor Edgardo Schapachnik, a quien le deseo una larga vida para que siga sirviendo y haciendo posible las maravillas del foro, puente para la amistad y la unidad entre nosotros.

Anoche, en una hermosa tertulia y después de cenar con abundancia frutos de mar, Sclarovsky, Baranchuk y mi persona, reconocimos lo valioso que es el foro, es inmensurable.

Larga vida al foro!!!

Sinceramente,

Luis E Dajud C.

