

Deportista de alto rendimiento de 33 años en cuyo Holter se observan episodios de TPSV

Dr. Edelmiro Chelle Chetrit

Querido Edgardo

Quisiera poner en consideración de los colegas este Holter de ritmo cardíaco que pertenece a un paciente hombre de 33 años, deportista de alto rendimiento (corre y realiza pesas) a quien me lo envían para evaluación ya que el diagnóstico que tiene es de palpitaciones al parecer provocadas "crisis de pánico".

El examen físico muestra una bradicardia regular de 50 pm. R1 y R2 normofonéticos, sin ruidos sobreagregados. Pulsos periféricos presentes e isócronos.

ECG: Normal

ETT: Reflujo tricuspídeo leve. FEVI normal. No hay HVI ni alteraciones en las dimensiones de las 4 cavidades.

Test de esfuerzo: Realizó 17.2 mets, sin alteraciones del ritmo cardíaco y sin cambios de la onda T y el segmento ST por lo que fue informado como negativo para cardiopatía isquémica.

Adjunto las imágenes.

Un abrazo afectuoso y muchas gracias

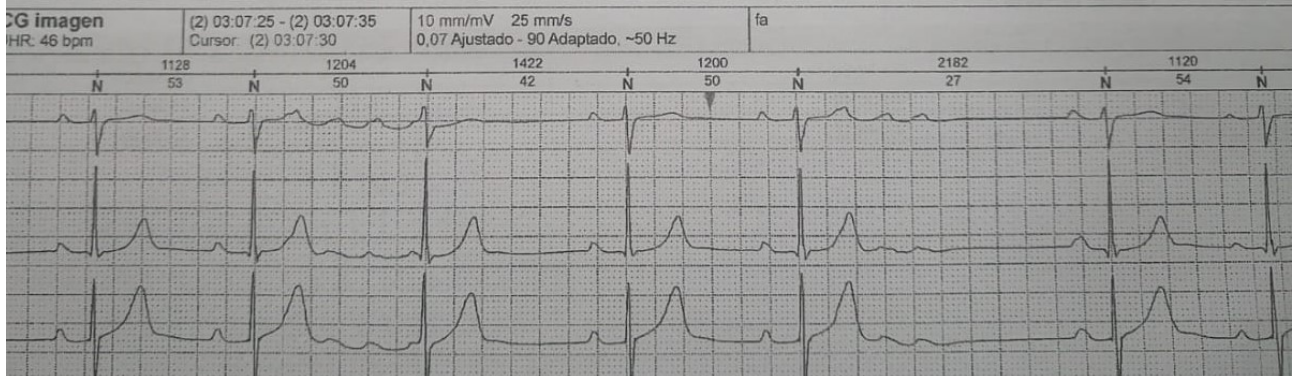
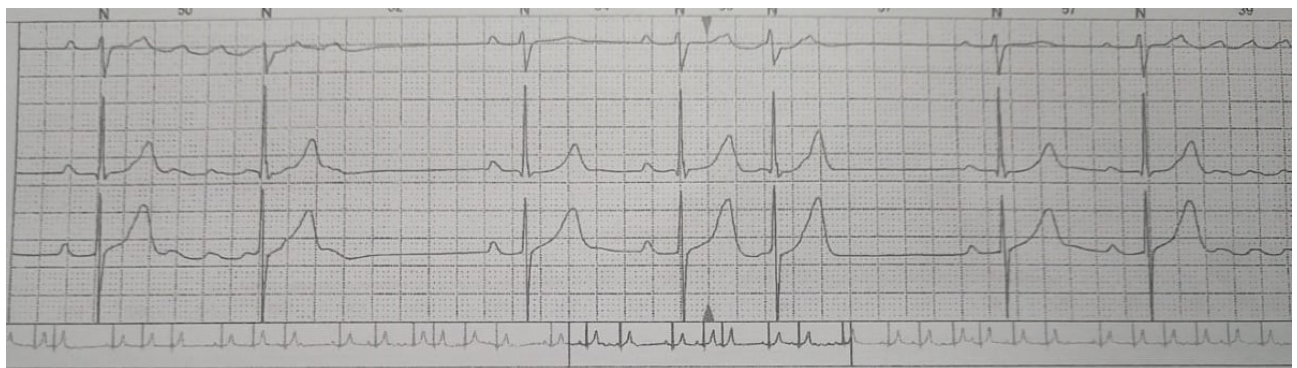
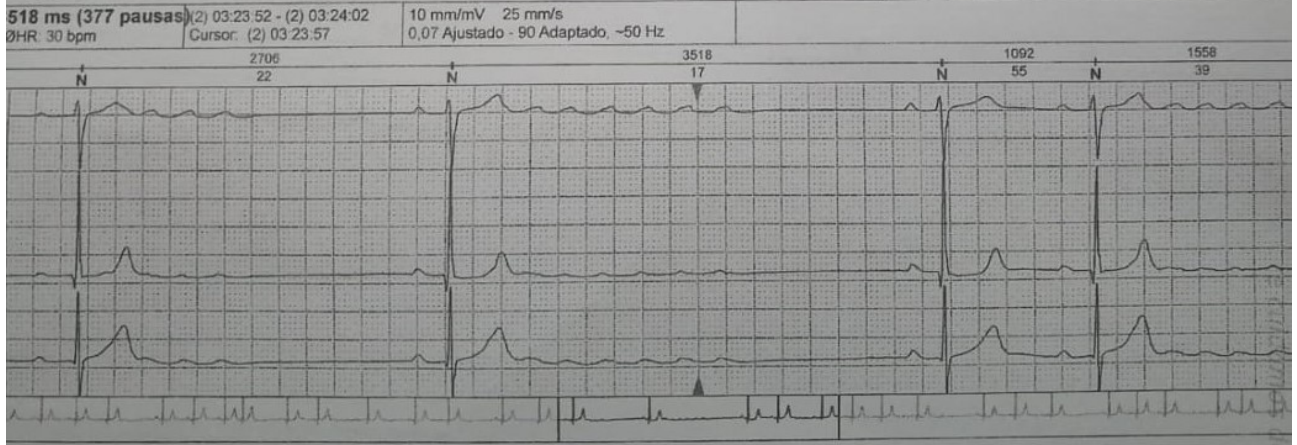
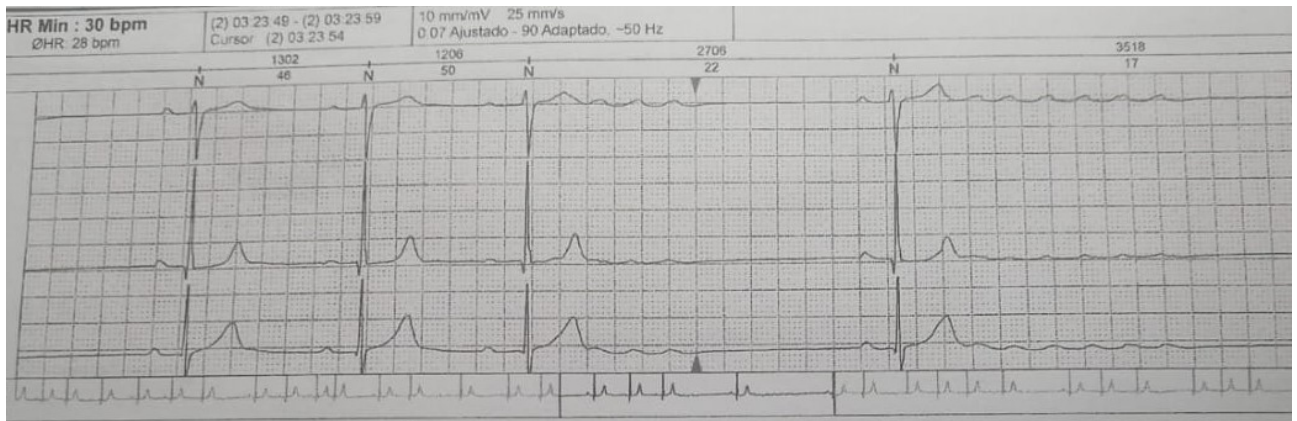
Edelmiro Chelle Chetrit

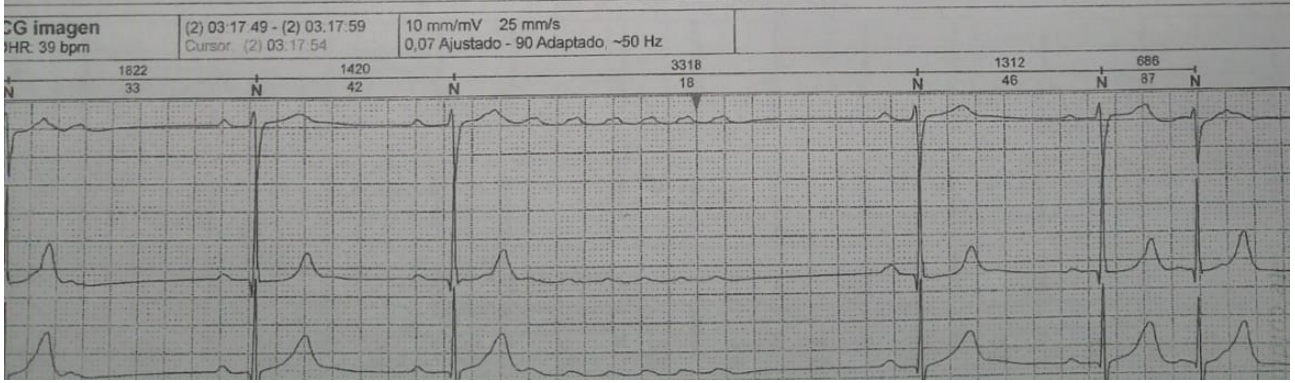
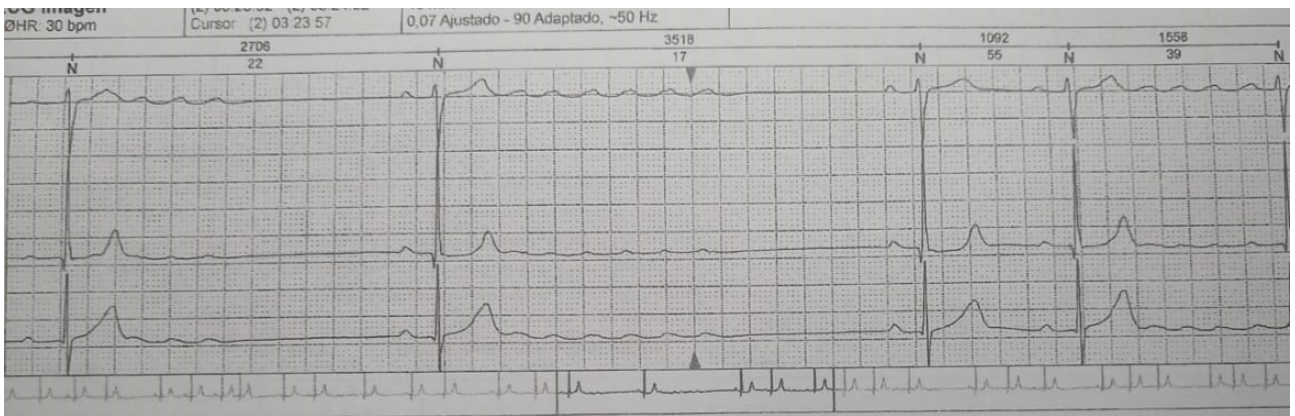
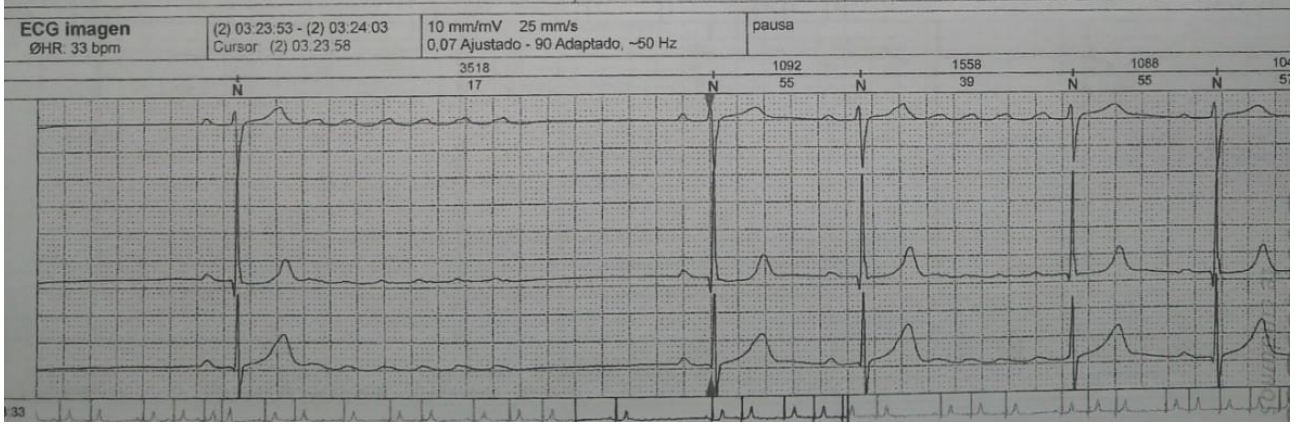
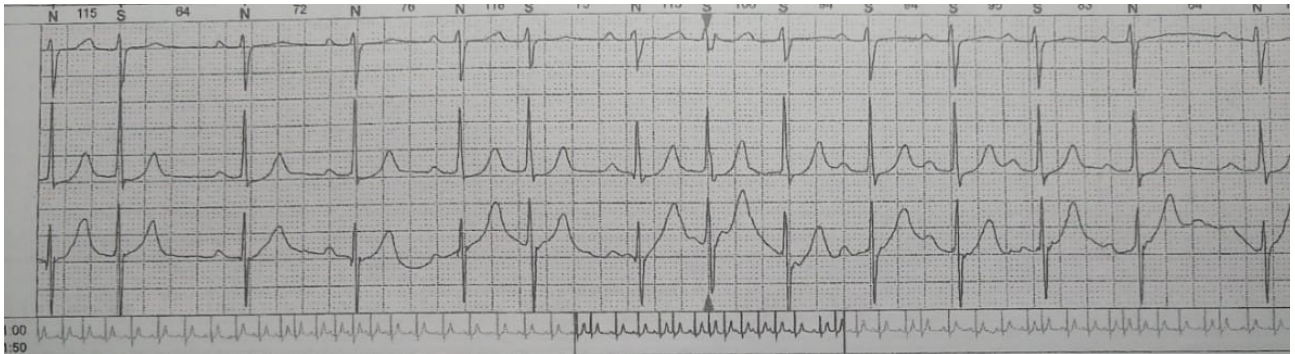
edelmirochelle@gmail.com

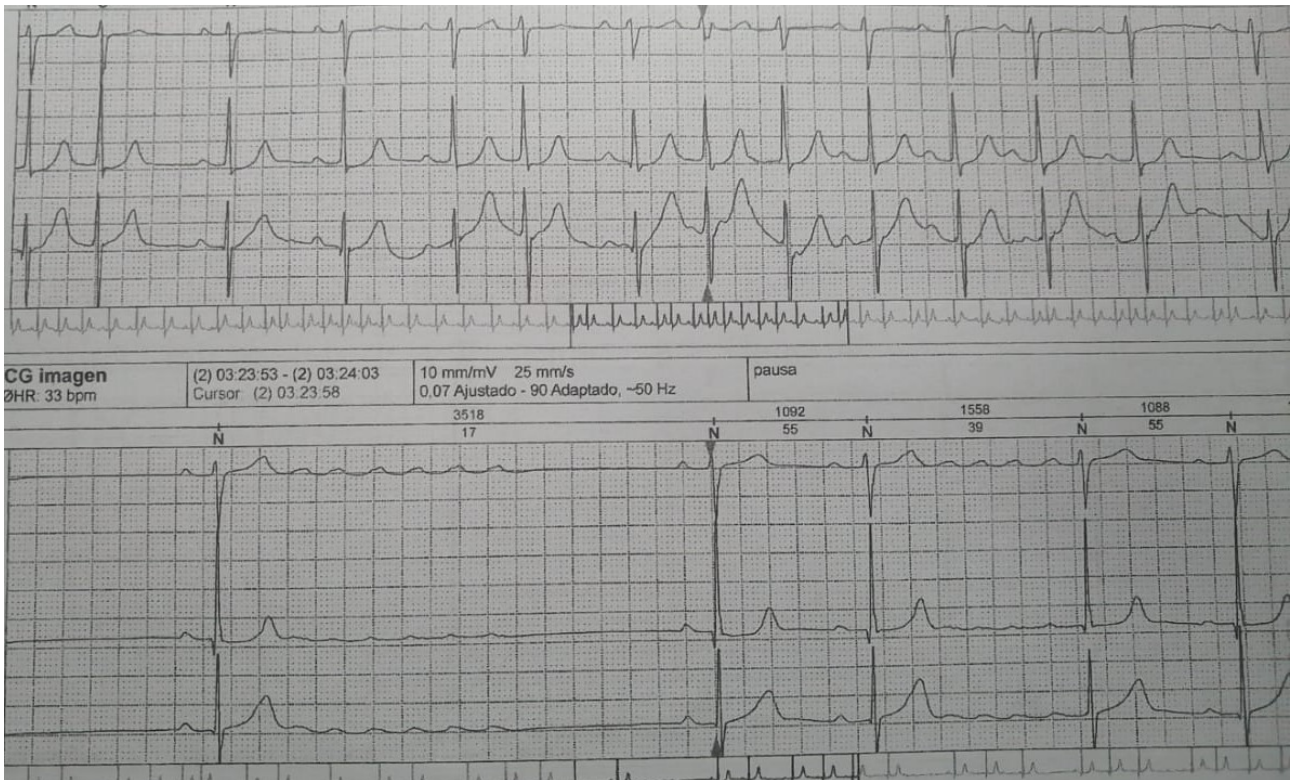
Doctor en Medicina

Especialista en Cardiología

Especialista en Medicina de Urgencias







OPINIONES DE COLEGAS

Hola estimados colegas. Lo que pude sacar es que este episodio ocurre entre 3.07 y 3.24 hs. ¿Podría haber ocurrido durante un sueño?!

En el único trazado con taquicardia es el ante último pero no logro ver la hora

Los demás trazados muestran una tendencia a Wenckebach mínimo, sin mayor importancia porque ocurre post sobre estimulación durante la taquicardia y además es deportista (vagotónico)

Evidentemente las pausas prolongadas ocurren por conducción oculta repetitiva en el nódulo AV de taquicardias auriculares o aleteo auricular lento de 230/min, que cuando cede también deprime en forma esperada el nódulo sinusal normal (PP de 1000 mseg a aprox 1300mseg).

En conclusión: el gran problema son las TPSV o aleteo auricular.

Saludos cordiales

Gerardo Nau

Estimado colega, muy lindo Holter. El problema en este paciente es la hipertonía vagal que presenta durante el sueño. Claramente se observa fenómeno de Wenchebach debido al incremento vagal y lo llamativo son los episodios de taquicardia auricular autolimitadas con bloqueo AV ya que el NAV tiene su refractariedad incrementada por el parasimpático y a su vez el NS deprimido que al ser sobreestimulado por la taquicardia lo puede deprimir más y provocar pausas prolongadas.

En el trazado con FC 75 lpm todo desaparece (lo que confirma el efecto vagotónico del sueño), aunque existe extrasístole auricular y dupla auricular con prolongación del PR.

Interesante trazado.

Saludos.

Oscar Pellizzón

Hola! presenta en las taquicardias 1 una P que conduce en 2 QRS. Siempre similares.

En el descanso presenta una taquicardia auricular no conducida interpreto por vagotonismo en el sueño.

Comparto con el Dr Nau que tiene una doble vía nodal con episodios de TPSV.

Lástima no envió el ECG basal que describe como normal cuando estamos hablando de un deportista.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Comparto lo antes mencionado por los Doctores Nau, Ibarrola y Pellizzon.

Solo quiero agregar que estas taquicardias auriculares que ocurren durante el sueño por predominio vagal se originan en las venas pulmonares y son precursoras de fibrilación auricular paroxística.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Estimados colegas

He visto con atención las observaciones que han hecho y que comparto.

La pregunta es ¿cómo lo solucionamos?

¿Llevamos el paciente a sala de electrofisiología e intentamos ablacionar?

¿Mientras tanto es aconsejable que siga con su actividad física habitual, sabiendo que es un deportista de alto rendimiento y que su vagotonía aumenta los episodios vistos en el sueño?

Gracias por todos los aportes.

Cordialmente,

Edelmiro Chelle

No nos informó cuántos episodios de TPSV o AA tuvo fuera de esos pocos minutos que se ven en el Holter durante la noche; ni tampoco sabemos si ocurren durante la actividad. Por su conducción oculta repetitiva producen las pausas prolongadas. Es decir que es la arritmia que hay que eliminar. La vagotonía, que no es causa de las pausas prolongadas, se podría tratar con vagolíticos y/o dejar de hacer por un tiempo los deportes intensivos.

Gerardo Nau

El paso siguiente va a ser registrar la actividad eléctrica cuando tiene un ataque de pánico. Aquí usamos un event recorder (Registró de evento?). Lo que se observó durante el sueño puede no estar relacionado con las manifestaciones clínicas del paciente.

Si se documentara fibrilación auricular durante los síntomas, entonces recomendaría reducir la actividad física extrema como dijo el Dr. Nau y si es necesario se puede usar disopiramida o flecainida.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Dr. Nau, ¿qué drogas vagolíticas se pueden usar para este tipo de pacientes vagotónicos?

Muchas gracias.

Aldo Ventimiglia

No existen buenas drogas vagolíticas VO. La atropina solo es inyectable. Lo que usaba era la teofilina como droga simpaticomimética pero no está indicada acá.

Las pausas prolongadas son por taquicardia supraventricular mayor de 300 por minuto y que tienen conducción oculta repetitiva en el nódulo AV y además deprimen normalmente el nódulo sinusal por una normal depresión por sobreestimulación. Lo que hay que eliminar son las taquicardias o aleteo auriculares repetitivos.

Saludos atentos

Gerardo Nau