

Mujer de 23 años con frecuentes palpitaciones – 2010

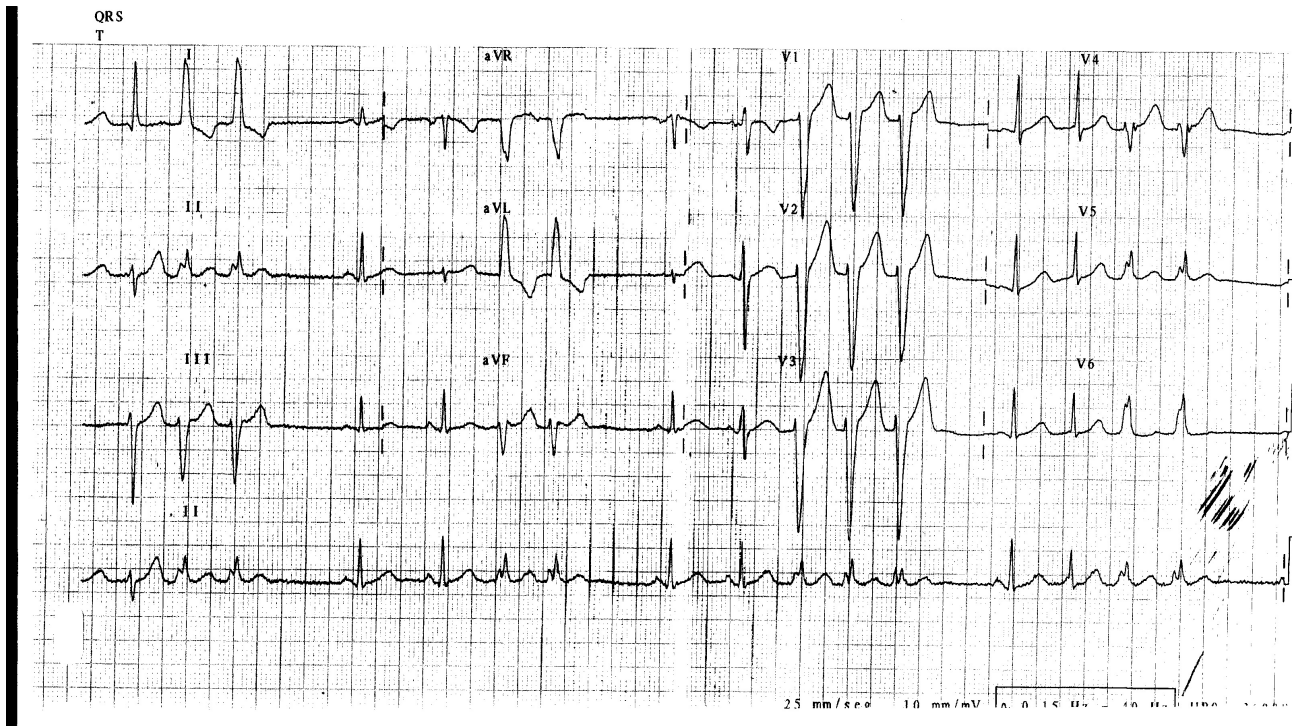
Dr. Luis E. Castro Díaz

Estimados colegas del foro: les pido su opinión del electrocardiograma adjunto. Paciente de 23 años, femenina quien consulta por palpitaciones (solamente) de varias semanas sin antecedentes de importancia ni datos anormales al examen físico excepto lo correspondiente al electrocardiogram - rama el que se registró al final de la consulta y no se cuenta con más exámenes.

Gracias.

Luis E. Castro Díaz.

Chitré, Panamá.



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Luis
(desde jamaica)

Me impresiona:

1. RS
2. Colgajos de Taquicardia ventricular autolimitada
3. Origen en VD, medioseptal, hacia la base

Plan

1. Si examen fisico, interrogatorio normales y ausencia de tóxicos (marihuana, cocaína etc)
2. Eco para descartar patología estructural
3. Serología para Chagas (si zona endémica), descartar embarazo (preguntar por drogas anticonceptivas)
4. Prueba de esfuerzo
5. Monitor de eventos (x 2 semanas para cuantificar arritmia y ver episodios sostenidos)

Luego decidir en base a resultados

Si está muy sintomática, empezar con dosis bajas de BB.

Ssludos

Adrián Baranchuk

Saludos otra vez: Luego de aplicarle el ZOOM, me parece que tiene varios ritmos o "cambio de velocidades" (si, ya sé que no es académico el término, pero se me ocurrió):

1) El 4to latido de DI a DIII y el del DII largo parecen el ritmo sinusal de la paciente, y también los latidos 5to y 8avo de aVR, aVL y aVF, así como el 8avo complejo QRS del DII largo, y también el 1ero de las V1 a V6, y también el 9no y 13 del DII largo. El Intervalo PR lo mido en la raya (120 ms), ¿Algún S. de Pre-excitación como los que se discutieron recientemente?.

2) El 1er complejo QRS del DI a DIII creo que son extrasístoles auriculares.

3) El 2do QRS de V4 a V6 me parecen latidos de fusión, pero no estoy seguro.

4) Y el resto de los latidos parecen latidos con conducción aberrante con morfología de BCRI.

5) En la tira de DII largo la FC está en 100 lxmin, y con lo que parecen pausas compensatorias, y quizás a estas se deba que la paciente no reporte lipotimias, más cansancio al caminar y hacer actividades de la vida diaria, en fin, no se queje de los esfuerzos característicos de su juventud, ya que las mismas, permiten un mejor llenado ventricular y por consiguiente mantienen en un rango aceptable el gasto cardíaco.

Por supuesto, que todo esto son suposiciones, y que van a refutar cada uno de los puntos, y espero con ansias el desarrollo del caso por los Expertos (Arritmólogos) y Maestros.

Que estén bien y hasta pronto,

Ricardo Pizarro

Buenas noches, Dr. Castro Diaz, en este electro, se podría existir imagen de BCRI. O TSV, con latidos de fusión - aberrancia. O simplemente una TSV paroxística, con comienzo y fin brusco, WPW.

Muchas gracias.

Rafaelina Concepción

Estimado colega Dr Luis E Castro Diaz, permítame analizar esta arritmia de punto de vista morfológicos.

Primero esta es una taquicardia ventricular no sostenida de origen del ventriculo derecho porque tiene imagen de LBBB like

Lo que es conocido frecuentemente son las arritmias del ventrículo derecho con desviación del eje hacia abajo y a la derecha ,que son muy frecuentes en personas sanas de ambos sexos que en casos severos con transtornos hemodinámicos se la pueden ablacionar y las arritmias ventriculares derechas con eje a la izquierda ,que aparecen en infartos inferiores que lesionan también la zona paraseptal derecha, esta morfología la puede encontrar aún en isquemias del séptum pósterior septal derecho, A veces es el único signo de la participación del séptum posterior derecho

Pero qué esta imagen de arritmia ventricular derecha sin desviación del eje frontal? Este indica que el origen de la arritmia esta en la cara lateral derecha por estos dos paredes del ventrículo izquierdo se despolarizan al unísono, lo mismo ocurre con las extrasístoles de la cara lateral izquierda pero con imagen de RBBB

Lo interesante es que la cara lateral derecha no se manifiesta en el SCG, en procesos patológicos ya sea isquémico o infiltrativo

Pero en infartos por la obstrucción proximal de la RCA, la única manifestación del infarto lateral son este tipo de extrasístoles También en las etapas muy iniciales de *arrhythmogenic right ventricle* se pueden observar este fenómeno

De todos modos algo está pasando en la cara lateral del ventrículo derecho Hay que hacer un Holter, y si me da el resultado seguiré analizando el caso

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Dr Adrián: nada que decir de su apreciación diagnóstica.

Solo me quedo una duda. Veo está en Jamaica espero lo disfrute.

¿Ud nombró a la marihuana como proarritmógena?

No es para iniciar un debate de la misma y menos defenderla. Pero no conocía evidencias en cuanto a su poder arritmógeno.

Un saludo desde Bs As.

Martin Ibarrola

Prezado Prof Sdrian:

Parece-me que o 1º batimento do traçado e o 2º de V4, V5 e V6 assim como o 1º e o 14º do D2 longo são batimentos de fusão

Adail- Bahia – Brasil

Amigo Martin

No saber NO es pecado, NO buscar SI lo es.

Vaya a Pubmed y meta Baranchuk AND Marihuana (espero no se tome esto como una posible adicción). El paper esta publicado en Case Reports en el 2008, creo. Se baja gratis y ahí tiene una buena lista de papers.

Adrián Baranchuk

Estimada Dra Concepcion: ¿entiendo que Ud lo plantea al WPW, como diagnóstico diferencial?

Pensado en una TSV con conducción aberrante, no hay onda P previas a los complejos QRS con aberrancia.

¿WPW por reentrada antidrómica? ¿Un WPW oculto? Fíjese que presenta pausas compensadora como se observa en los EV precoces. Y cumple con todos los criterios para ser consideradas EV.

Presenta como ya describieron criterios para EV de origen del VD, ¿por qué la leve diferencia entre algunas EV? obviamente el foco ectópico que tiene con los otros dos latidos que siguen tiene leves cambios pero no cambia ni el eje ni hace pensar en otras zonas miocárdicas que estén generando arritmias, como describieron EV con morfología de estar originadas en el VD.

Conuerdo con los Dres en retirar sustancias estimulantes facilitador de arritmias, examen de perfil tiroideo, y laboratorio y demás estudios cardiológicos.

Si se encuentra sintomática y desconoce si tiene miocardiopatía? el Dr refirió atenolol, me parece bárbaro, también puede optar por bisoprolol.

Estimado Dr Adrian: gracias por el aporte, habia buscado!! luego de su mención, la relación y no habia encontrado mucho, solo taquicardia sinusal. En su reporte es un paciente coronario, lo leeré detenidamente, pero si trae taquicardia sinusal la marihuana. Ahi encontraré bibliografía para adiccarme (no me malinterprete) en el tema.

Ya habia realizado la búsqueda sin mucho éxito por eso le pregunté, no encontraba algún artículo que me diera una punta.

Un saludo

Martin Ibarrola

Estimado Dr. Baranchuk:

Estuve mirando el trazado y hay cosas que no me cierran....Parecería ser una arritmia ventricular ya que no se ve que inicie claramente con onda P y parece haber latidos de fusión, pero no me queda claro porqué tiene una onda r tan rápida (< 40 ms) en precordiales, y no impresiona cumplir con el criterio de r ni relación r-s ($r/s < 100$ ms), del algoritmo de Brugada.

Por otro lado si es una TV del TSVD, ¿por qué tiene aVL positiva?, ¿esto no podría indicar que su origen es del anillo tricuspídeo, en región pósterolateral, (esto último por el eje que tiene en cara inferior)? o si es del TSVD ser una de las que se describen para hisianas, aunque debería tener una transición en precordiales mas precoz, ¿no?. Otra opción a descartar es que no sea un Mahaim...por la imagen de BRI y por ser paciente joven, aunque no se si el eje da para esto!, las que yo he visto han tenido Rs en cara inferior.

Me encantaria llevarla a la sala y ver que arritmia tiene!, pero...en la realidad

Con esta paciente haria:

- Definir si es TV en corazón estructuralmente sano o tiene cardiopatía: Para esto.. eco, señal promediada de QRS....si ésta da positiva, haría una RMN cardíaca para descartar DAVD (aunque parece tener ECG no sugestivo, y no tienen antecedentes de MS fliar).
- Evaluar carga arrítmica: Holter y PEG.

Si no tiene cardiopatía....sería una TV en corazón sano....que se trata si provoca síntomas molestos o si en la evolución causa deterioro de la función ventricular.

Tratamiento: Si es por síntomas: BB, si sigue sintomática..amiodarona, y si sigue sintomática, o si la paciente no quiere tomar medicación....intentaria mapeo y ablación. Si es porque dilató el VI...empezaria con mapeo y ablación.

Si tiene una clara cardiopatía, ej. DAVD....seguiría los tratamientos para esta patología.

Ahora....bien, si tiene miocardiopatía dilatada...habría que ver si es la arritmia la que dilató al VI o tiene una miocardiopatía dilatada y eso da la arritmia....que está primero el huevo o la gallina, dirían en mis pagos!!!. Difícil de contestar, y no tengo mucha experiencia en esto....creo que trataría de llevarla a la sala y trataría de ablacionarle la arritmia, cosa que no sería nada fácil!, ¿no?...y luego ver evolución.

Gustavo Fava

Amigazo Fava

le contesto rápido porque mi psiquiatra (el Dr Femenia) me prohibió en correo privado conectarme con el foro en vacaciones (perdone Ud los errores de tipeo):

1. Si tiene 4 patas y ladra, primero es un perro y luego podría llegar a ser un gato disfrazado de perro. Pero por "default", es un perro. Ahora consideraciones sobre su email:
2. El algoritmo de Brugada (ya me pelié con Pérez Riera por esto) es fundamentalmente para pacientes isquémicos, no para corazón sano como parece tener esta joven mujer. No lo traslade porque se encontrará con muchos sapos.
3. ¿Por qué Ud trae el diagnóstico de TSVD? Yo no lo mencioné.

Es menester tener TODA la cara inferior positiva para pensar en origen alto (tracto), por lo tanto, esto viene del tracto.

4. Su aseveración de que esto NO es tracto porque tiene aVL positiva es INCORRECTA. El tracto, Gustavo, es una estructura tubular y por lo tanto tiene una pared septal y una pared lateral; por lo tanto Ud puede tener TSVD TV con DI positiva o negativa y aVL positiva o negativa (ver paper original de Marchlinsky que es una biblia en todo laboratorio de EP).
5. ¿Mahaim? ¿En colgajos? ¡Publiquelo! (claro, los perros disfrazados de gatos existen, pero...)
6. Empiece siempre por lo primero, deje lo sofisticado y raro para después, que tanto ECGSP ni RNM. Haga una PEG, un ECO, como dijeron perfil tiroideo, interroque tóxicos, después hablamos de cosas mas raras.
7. Lo invito a que venga a Mendoza a lo de Femenia en Agosto, seríja genial discutir

casos en vivo todos juntos.
8. ¡Saludos al Comandante!

Adrián Baranchuk

Error de tipeo fundamental (debiera leerse): por lo tanto NO viene del TRACTO.

Perdón
Adrián Baranchuk

Estimado colega Dr Luis E Castro Diaz permítame analizar esta arritmia del punto de vista morfológico.

Primero esta es una taquicardia ventricular no sostenida de origen del ventrículo derecho porque tiene imagen de LBBB like
Lo que es conocido frecuentemente son las arritmias del ventrículo derecho con desviación del **eje hacia abajo y a la derecha**, que son muy frecuentes en personas sanas de ambos sexos que en casos severos con trastornos hemodinámicos se la pueden ablacionar, y las arritmias ventriculares derechas **con eje a la izquierda**, que aparecen en infartos inferiores que lesionan también la zona paraseptal derecha, Esta morfología la puede encontrar aún en isquemias del séptum pósterio septal derecho,

A veces es el único signo de la participación del séptum posterior derecho
Pero ¿qué esta imagen de arritmia ventricular derecha sin desviación del eje frontal?

Esto indica que el origen de la arritmia está en la cara lateral derecha, por estos dos paredes del ventrículo izquierdo se despolarizan al unísono, lo mismo ocurre con las extrasístoles de la cara lateral izquierda pero con imagen de RBBB

Lo interesante es que la cara lateral derecha no se manifiesta en el ECG, en procesos patológicos ya sea isquémicos o infiltrativos.

Pero en infartos por la obstrucción proximal de la RCA, la única manifestación del infarto lateral son este tipo de extrasístoles También en las etapas muy iniciales de *arrhythmogenic right ventricle* se pueden observar esta fenómeno

De todos modos algo está pasando en la cara lateral del ventrículo derecho. Hay que hacer un Holter, y si me da el resultado seguiré analizando el caso

un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Estimado Maestro Samuel Sclarovsky: Le agradezco infinitamente a usted y a todos los que han participado sus observaciones sobre la paciente con palpitaciones. Debido a que fue trasladada a un centro en otra ciudad no cuento con el Holter; tan pronto lo consiga enviaré los datos más sobresalientes.

Atentamente

Dr. Luis E. Castro Díaz.

Chitré, Panamá.

