

ECG registrado en el post esfuerzo inmediato de una ergometría de paciente de 64 años con enfermedad coronaria conocida – 2021

Dr. Miguel Vicente Solá

Hola, colegas, les mando un ECG registrado en el post esfuerzo inmediato de una ergometría. Paciente asintomático, a quien le piden un Spect para control, por tener una lesión descrita como moderada ostial de la D.A. (60%). 64 años, bajo tratamiento con con estatinas, AAS, y BBloq. suspendido 24hs. antes del esfuerzo. Alcanza los 1200 Kgm, 9.3 Metz, ITT 27848, sin síntomas, estudio posterior de perfusión, normal, sin signos de isquemia o necrosis. Se registra esta taquiarritmia, ¿TV?. Me gustaría conocer su opinión. Gracias. Saludos

Miguel Vicente Solá

TVMNS

145/80 mmHg

0.0 kgr



25 mm/seg - 10 mm/mV

Filtro: Notch de línea: Si, Ruido muscular: Si, Corrección de línea de base: Si

OPINIONES DE COLEGAS

Tvmns

Víctor Rivero Scagliotti

Hola amigo

Veo cierta irregularidad de los RR en taquicardia, Brugada y Vereckey negativos.

Por lo tanto en principio evoca una TPSV con aberración, ¿FA?

Una observación

Los cambios de morfología de los QRS atribuyo a inestabilidad de los electrodos por movimiento corporal

Saludos

Juan José Sirena

Salva de 11 latidos de TV polimorfa.... Riesgo de MS.... ¿Alto o bajo?.... Difícil de predecir....

Ricardo Omar Paz Martín

Hola colegas. El ECG de base es normal. La taquicardia ventricular se origina en una zona delimitada del VI aunque los 4 primeros latidos de la TV son polimorfos y de mecanismo dudoso. Los 7 latidos restantes son monomorfos y muy probablemente de mecanismo reentrante. Pediría primero un Holter y Ecocardiograma con Stress de esfuerzo. Con los resultados decidiría como seguir.

Abrazo

Gerardo Nau

Buenas tardes amigos

Parece que en los primeros 5 latidos del evento sucede bloqueo de la división anterior de la RI (rS en II, III, no muy claro en F; el eje no se ve desviado a la izquierda, probablemente por la posición de los electrodos en el tórax) + patrón típico de BRDHH (rSR' en V1, S prominente >0,4 s en I, L, V5-6); luego, se resuelve el "hemibloqueo" y continúa con BRDHH. Se insinúa una onda P en I, F,

V6 donde RP=PR. Por tanto, lo más probable: taquicardia atrial paroxística intraesfuerzo

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

Hola a todos, una pregunta al Dr. Nau. ¿Por qué los 4 primeros latidos de la TVNS son más anchos y luego más angostos y con más R, particularmente en las precordiales? Muchas gracias.

Oscar Pellizzón

Buenas noches Foro! Me voy a atrever a dar mi opinión después de los grandes maestros que han opinado.

Creo que es TVNS, teniendo en cuenta los antecedentes del pacientes.

Los primeros 4 latidos más aberrantes se originan en segmentos cercanos a músculo papilar posterior y punta del VI, el 5° es una fusión, luego se organiza en tejido de conducción de división pósteroinferior. Mecanismo de reentrada por isquemia.

Cordialmente

Juan Carlos Manzardo

Dr Nau... Tiene spect normal con una lesión de DA del 60%.... ¿Igual le pediría un ecostress?....

Ricardo Paz

La onda T del último complejo normal es diferente a las anteriores lo que sugiere la presencia de una onda P oculta del primer complejo anormal, argumento a favor de una taquiarritmia auricular.

Cordialmente

Dr. Jorge Meruane

ITMS

Santiago, Chile

Se trata de una TVMNS pero descartaría por su morfología con una RNMC fibrosis miocárdica y luego plantear ablación de la misma.

Un saludo

Martin Ibarrola

Con MS razón si solo es 60% la lesión en DA porque no estudio de apremio y decidir por conducta invasiva con evaluación de reserva de flujo coronario antes de tocarle la lesión que de no ser crítica ni sintomática puede responder muy bien a tto médico agresivo.

Un saludo

Martín Ibarrola

Si Ricardo. Por un lado confirmo el resultado del SPECT y por otro lado veo de nuevo si se regenera la arritmia. Esta no necesariamente tiene origen coronario, puede ser una cicatriz, un foco inflamatorio o tóxico y que las catecolaminas que aumentan por el ejercicio generan las condiciones para la génesis de la arritmia

Gerardo Nau

Hola . Con respecto al estudio de perfusión " normal" en el contexto de lesión de 60% .

En este contexto el ecostress quizás no sería la elección inicial para descartar presencia de isquemia significativa.

Podrían plantearse dos opciones :

PET con doble amonio, que permitiría tener mejor sensibilidad para evaluar presencia de isquemia, daría cuantificación absoluta de flujo coronario global y del territorio en sospecha además de reserva coronaria.

O como opción de contingencia repetir SPECT con dipiridamol que brindaría mayor rédito diagnóstico para evocar isquemia.

Con respecto a la arritmia por respeto a los enormes referentes que ya la analizaron, no voy a emitir opinión porque me parece que sería pobre.

Atte

Roberto Agüero

Siendo una arritmia de post esfuerzo me parece que se debería descartar una miocardiopatía de base. La pérdida del estímulo simpático en la recuperación quizás tiene que ver.

Emilio Marigliano

Buenas tardes.

Este ECG que comparte Miguel, tiene ritmo sinusal, la onda P no se si es de mayor amplitud o se le superpone la onda U. El complejo QRS no presenta onda Q en DI, tiene rotación antihoraria en el plano frontal con un eje de onda R en 40°; el plano horizontal presenta complejos prácticamente QS de V1 a V3 con rectificación del segmento ST y ondas T muy simétricas de V2 a V4; para mi es anormal y puede corresponder a pesar de que no se observe en el espectro a una pequeña necrosis septal. Con respecto a las arritmias como bien dijo Gerardo los 4 primeros latidos son distintos, son más aberrantes, en el plano frontal el vector inicial está alrededor de los 20° y luego se dirige hacia el cuadrante superior derecho (rotación antihoraria en el plano frontal) con un eje alrededor de los 200°. Imagen de BRD con ondas Q de V1 a V3 y una relación menor de la S que de la onda R en V5 y V6. Con los otros 6 latidos tengo mis serias dudas. El comienzo es rápido, los complejos ventriculares son similares a los basales nada más que se agrega un BRD, con las ondas Q de V1 a V3, me impresionan como supraventriculares.

Cordialmente

Isabel Konopka

Buenas Tardes a todos. La imagen es de un Bloqueo de Rama conocido, la secuencia es irregular entre los RR y la normalidad del ECG de base confirman una FA con aberrancia

Remberto Torres

Buenas noches! No digo con 100% de certeza que es una TV no sostenida, inicialmente polimorfa y luego monomorfa. En primer lugar la taquicardia no cumple con la ley de aberrancia porque el RR sinusal previo ya es corto (mide 520 mseg) y el 1er latido con BRD tiene ligadura de 350 mseg. Por otro lado no es habitual que durante la TPSV con BRD su morfología muestre estas variaciones en su morfología, ya que por el linking se mantiene BRD 1:1 con morfología uniforme. Estos son mis argumentos pero no son de una certeza del 100% .

Gerardo Nau

Muchas gracias por los comentarios. El paciente permanece asintomático, Su médico decidió tratamiento con bbloq. y seguirlo con Holter repitiendo eventualmente el esfuerzo.

Miguel Vicente Solá

A mi parecer los primeros 4 latidos son ventriculares polimórficos, con una imagen de BRD, o sea que nacen en el VI. Eso puede producir una conducción retrógrada hacia la aurícula y una penetración oculta en la rama derecha; esto puede originar una TSV por reentrada con aberrancia de la rama derecha como consecuencia de la penetración oculta repetitiva. Como todo es una posibilidad.

Vuelvo a reiterar que el ECG basal es anormal, presenta el primer vector ubicado hacia la izquierda y atrás y esto se magnifica en presencia de BRD además de la rectificación del ST y las ondas T simétricas.

Afectuosamente

Isabel Konopka

