

Mujer de 58 años con palpitaciones y sensación de opresión precordial que presenta extrasistolia ventricular – 2010

Dr. Luciano Pereira

PACIENTE DEL SEXO FEMENINO, 58 AÑOS. Palpitaciones y sensación de opresión precordial. Reciente cirugía sin complicaciones de un tumor ovárico benigno. Normotensa. No consume drogas a las que pudieran atribuirse una prolongación del QT. ¿Qué opinan?

RR: 925 mseg. EJE: P 30°; QRS: 12°; T: 15°.

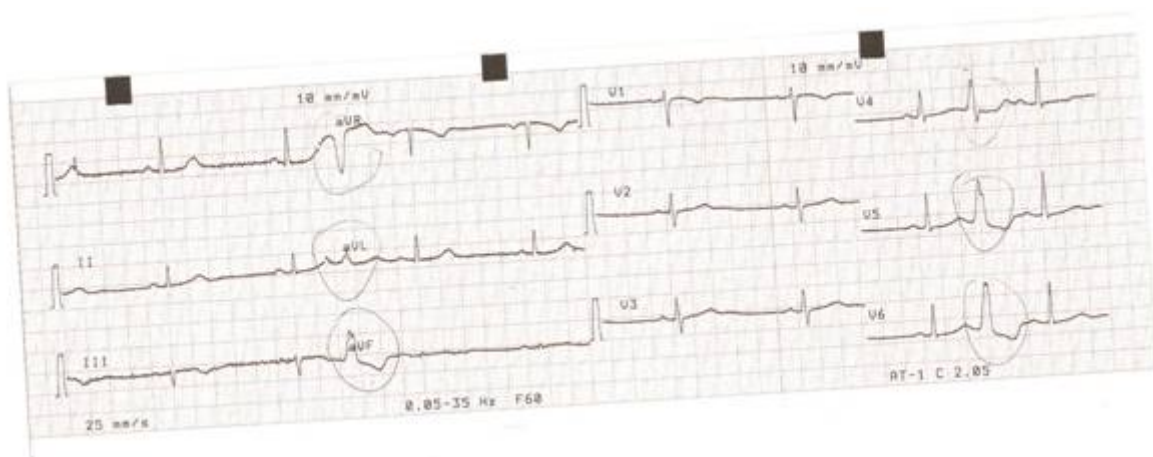
P: 150 mseg.

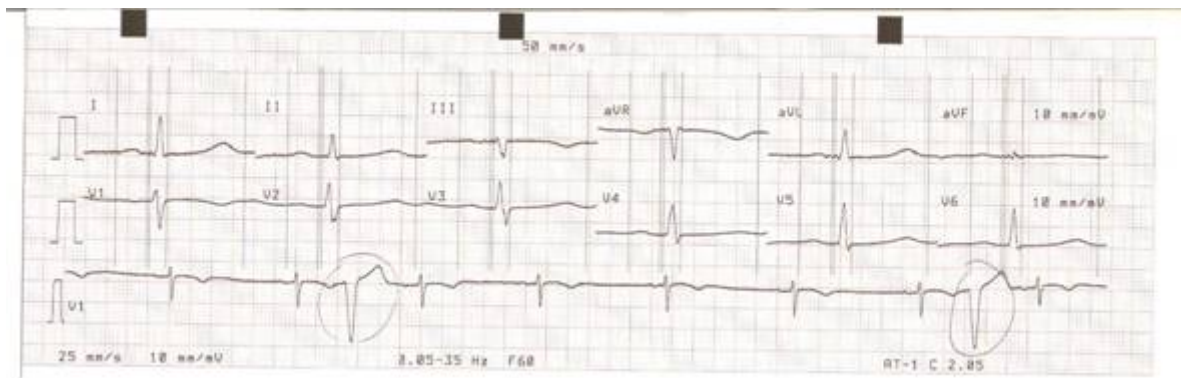
PQ: 164 mseg.

QRS: 84 mseg.

QT: 452 mseg.

QTC: 471 mseg.





OPINIONES DE COLEGAS

Querido Luciano, un gusto saludarte, después opino, te pregunto ¿cómo está la calcemia?
¿recibio ATB post operatorio tipo quinolonas, amoxiclavulamico, etc?

¿No tenes la EV registrada de V1 a V3?

Te mando un abrazo

Francisco Femenia

Hola, Francisco. A tu primera pregunta no puedo responder. La vi esta tarde, hace unas horas. Sé que está tomando suplementos de Calcio después de la cirugía, que fue realizada en agosto del presente año (así que lo de los antibióticos que citaste ya no

corren). Podría pedirle calcemia en los próximos días y te cuento. Lamento no tener registro de EV de V1 a V3.

Aprovecho para enviarte mis mejores deseos por las fiestas de fin de año. Te tengo en el mejor lugar de mis afectos.

Luciano Pereira

Estimado amigo: el valor normal del intervalo QT es de 440 ms o $446 \pm 15\%$ principalmente para mujeres se considera que un intervalo QT está prolongado cuando es ≥ 470 ms. El valor máximo normal aceptado del intervalo QT en el género masculino es de 446 ms y en el femenino $447 \text{ ms} \pm 15$. Si excede los 450 ms en el género masculino y 470 ms en el género femenino, el intervalo QT debe considerarse prolongado.

Valores superiores a 500 ms pueden ocasionar tendencia a TdP.

Pacientes con intervalos $QT_c > 600$ ms son considerados de riesgo elevado de MSC arrítmica de TdP.

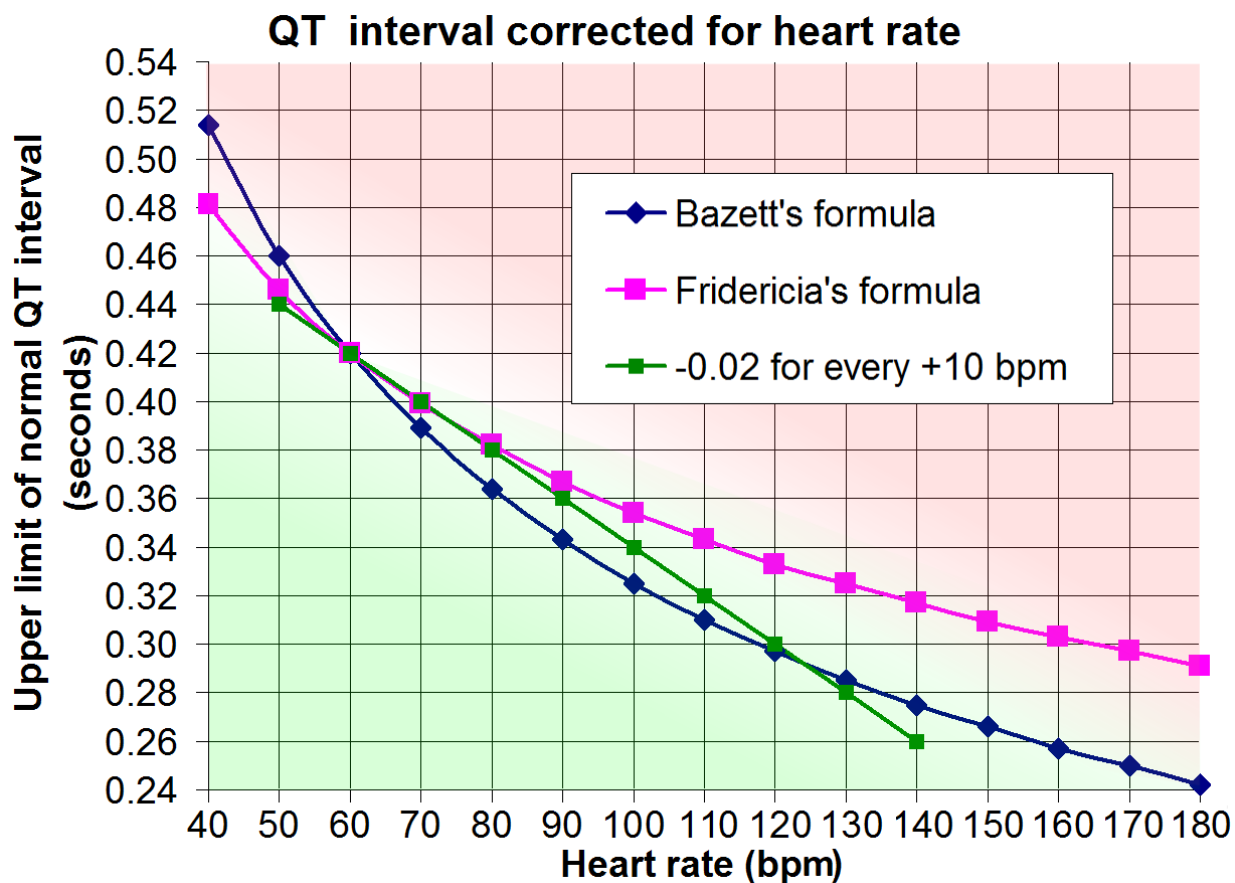
Además del sexo, la edad también influye en la duración del intervalo QT.

Son recomendaciones:

1) **No realizar la medición de los intervalos y ondas por el método computarizado.** Fijate el aparato tuyo te marca un RR de 925ms y la FC está según mi medición en 50 lpm exactos (hay 6 cuadrados grandes entre R y R). Para un RR de 925 como marca tu aparato, la FC debería ser de 64lpm lo que muestra que el aparato tuyo está fuera de patrón.

2) Realizar una revisión independiente del ECG y medir usando la formula de Bazett hacer una medición manual del QT y aplicar as formulas de Bazzet y/o Friederica

$$QT_c = \frac{QT}{\sqrt{RR}}$$



Fijate que tu paciente tiene una FC de 50lpm puede tener hasta 460 lpm o 450 siendo normal

- 3) La medición del intervalo QT deberá ser realizado por un cardiólogo experimentado;
- 4) El cardiólogo general, ante la sospecha de SQTl, debe derivar el paciente a un colega familiarizado para evaluación cardiológica.
- 5) Las formas congénitas en edades más avanzadas son menos o nada peligrosas.

Además esta señora muestra extrasístoles monofocales originadas del VD que parecen proceder del RVOT (morfología de BRI con eje inferior) No sé cuán frecuentes son.

Si nunca tuvo quejas de síncope, o MS, palpitaciones antecedentes negativos, sin drogas, sin disturbios electrolíticos, con corazón normal morfológico hacele apenas un Holter inicialmente pero me parece tranquilo.

Andrés R. Pérez Riera

Coincido totalmente con las opiniones del Dr Perez Riera. 470msg está en el límite femenino del Q-Tc y las EV parecen ser del TSVD (habitualmente benignas)
Yo solo le haría una ecografía y una ergometría de 12 derivaciones para completar el estudio
Cordiales saludos

Carlos Lavergne NEUQUEN PATAGONIA ARGENTINA

Estimado Luciano:

¿Ambos ECG fueron obtenidos el mismo día? Pregunto esto porque en el primer ECG el QT es normal, con las EV.

En el segundo se ha prolongado el QT a expensas del segmento ST, concuerdo con el Dr Femenia en descartar hipercalcemia, la EV no varia el foco, muy bien ya explicadas por el Maestro Perez Riera.

¿Es hipotiroidea?

No comprendo porqué recibe suplementos de calcio (se que vos no se los has prescripto). El suplemento de estos han demostrado ser perjudiciales no beneficiosos en la prevención de la osteoporosis, en trabajos recientemente publicados. No mejoran la osteoporosis y las complicaciones son cardiovasculares y renales por el aporte de Ca.

¿Qué otros medicamentos estaban prescriptos en el segundo ECG?

Un abrazo

Martin Ibarrola

Querido Martín: No sólo fue obtenido el mismo día, sino que es la misma hoja de trazado. Sólo la partí para que fuera más accesible. No tiene rasgos de hipotiroidismo, pero se podría solicitar un perfil tiroideo. Conuerdo con lo que dices respecto a los suplementos de calcio. Y no tiene otra medicación que tome regularmente en estos momentos.

Estimado Maestro: Te agradezco con la cola entre las piernas, pero satisfecho. Ya decían los chinos, y Edgardo me lo ha repetido hace más de una década: *"Pregunta y serás estúpido por cinco minutos. Si no preguntas, lo serás el resto de tu vida"*. Con menos estupidez he comprobado todo lo que me has señalado.

Obrigado, mas uma vez.

Luciano Pereira

Queridos amigos: análisis del amigo Dr Luciano, lo interesante de este electro que las ondas T (T1, pico de la T y el pié descendente son completamente normales para una mujer)

La que está alargado el ST , que expresa la fase 2 de potencial de acción, que expresa la entrada del calcio al sarcómero. Desde el punto de vista biológico esta prolongacion del ST indica que menos calcio entra a la la unidad contráctil.

Generalmente esta función está estimulada por las substancias adrenérgicas (por este en los varones jóvenes el ST está muy acortado)

Entonces lo que dice mi querido amigo Dr Francisco Femenia tiene razón en hablar de hipocalcemia, pero a pesar que el calcio es normal, hay varios pasos de la cascada que impiden la entrada de calcio al sarcómero.

Con respecto a las extrasístoles ventriculares

Se ven que las 2 provienen del ventrículo derecho, pero una tiene el eje frontal a +110 grados, y la otra a menos 30°

¿Por qué es esto importante? Porque la paciente tiene dolor anginoso

Es posible plantear que este dolor anginoso puede producirse por 2 cosas: una isquemia en el ventrículo derecho por la obstrucción de una rama derecha, o una CD muy pequeña.

Como sabemos estas isquemias son mudas al electrocardiograma, a la prueba de esfuerzo, al estudio de imágenes isotópicas y al eco

La extrasístole con desviación a la derecha, no es la típica que se ve del tracto de salida, y la segunda muy probable que viene de la cara posterolateral del ventrículo derecho que según mi experiencia expresan patología.

La aparición de extrasístoles derechas pueden ser la única expresión del ventrículo derecho mudo a la investigación clínica.

La otra causan podría ser si el electro se hizo después de la intervención de una microembolia pulmonar, pero en este caso el eco podrá descubrir una pequeña dilatación del VD.

Este es un análisis de un electrocardiologista morfológico

Un fraternal abrazo

Podría ser que estoy equivocado en el análisis, pero es una buena oportunidad para traer algunos conceptos clínicos que podrán ser útiles para los residentes y estudiantes, que es la importancia de la morfología de las extrasístoles en la patología cardíaca

Samuel Sclarovsky

Reference: Sclarovsky's premature ventricular contraction in acute myocardial infarction correlation between the origin and the location of the infarction of electrocardiology 12;167-611979

