

Varón de 70 años con palpitaciones y hallazgo de Miocardiopatía No compactada – 2017

Lic. Javier García Niebla

Queridos amigos me gustaría saber vuestra opinión sobre este ECG que adjunto. Pertenece a un varón de 70 años que acude a nuestro centro por palpitaciones.

Se realizó cardioversión eléctrica pasando ritmo sinusal. Enzimas cardiacas normales.

En la coronariografía no se observaron lesiones coronarias. ¿Origen de la taquicardia?

Un cordial saludo

Javier García-Niebla

2

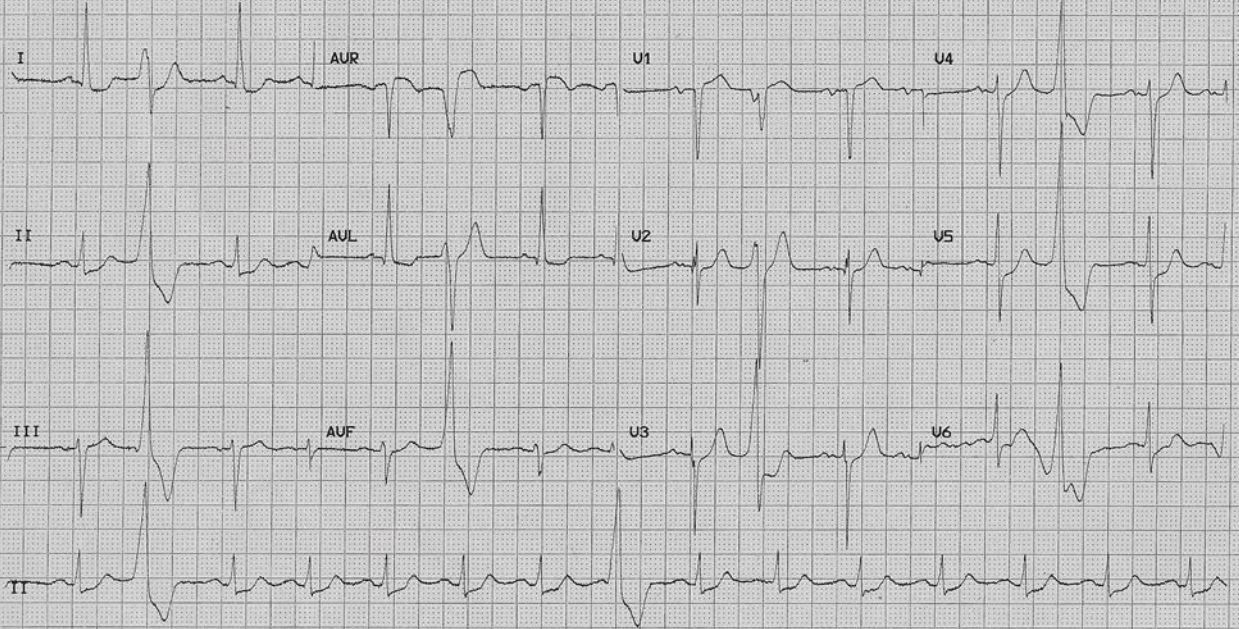
Resultados de medidas:

QRS : ms
 QT/QTcB : / ms
 PQ : ms
 P : ms
 RR/PP : / ms
 P/QRS/T : / / Grados
 QTd/QTcBD : ms
 Sokolow : mU
 NK :

Interpretacion:

15/12/2018

Informe no confirmado.

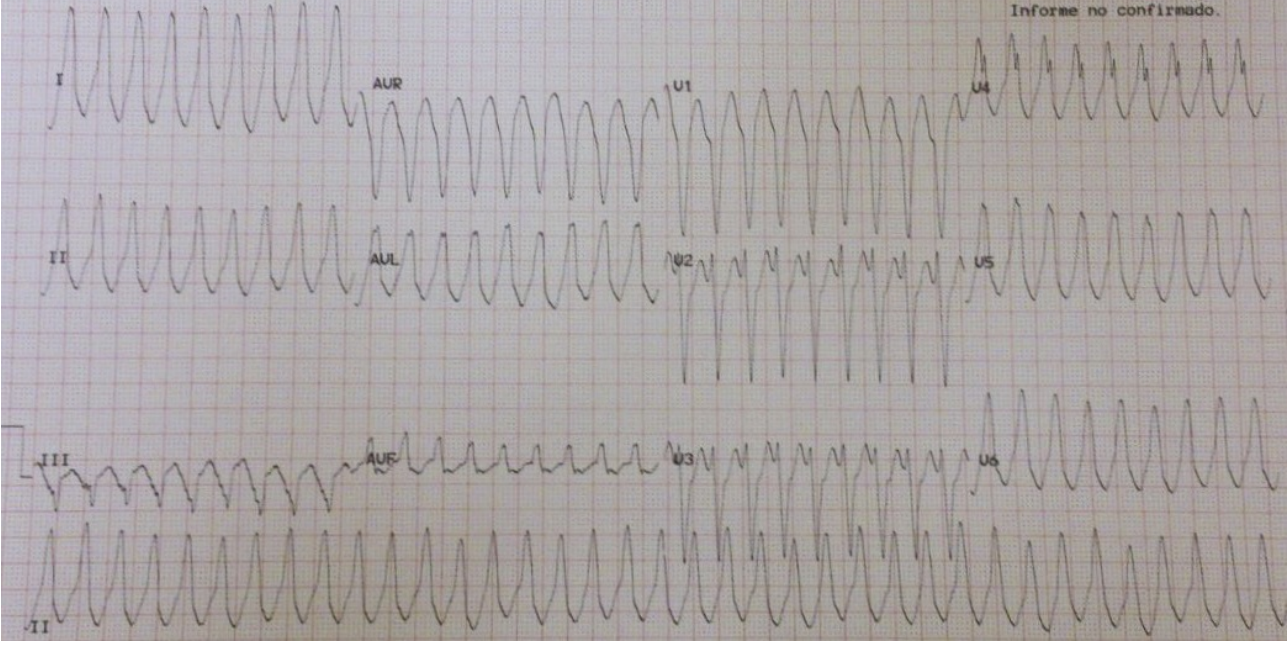




Resultados de medidas:
QRS / ms
QT/QTcB / ms
PQ / ms
P / ms
RR/PP / ms
P/QRS/T / Grados
QTd/QTcBD: / ms
Sokolow / mV
NK

Interpretacion:

Informe no confirmado.





OPINIONES DE COLEGAS

El ECG inicial impresiona como una taquicardia ventricular que se origina en la pared lateral del ventrículo derecho.

A pesar que el paciente tiene 70 años el diagnóstico diferencial es taquicardia utilizando un haz atrio-fascicular o atrio-ventricular.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Hola Javier y todos,

También me parece una TV.

Las EVs del ECG basal también vienen de la derecha pero de otra zona, parecen más del tracto, o sea que al menos 2 focos del VD. Descartada enfermedad coronaria, si bien hay que comenzar por eco-holter etc, me gustaría hacerle una RM, pensando en una miocardiopatía arritmogénica.

Saludos.

Fernando Malpica Cervantes

Estimado Dr García Niebla: en mi humilde entender se trata de una taquicardia ventricular de origen lateral derecho. Dado que impresiona estar disociada de aurícula (intervalos ST diferentes ¿impronta de onda P? descartaría una conexión atriofascicular y un aleteo con conducción AV 1/1.

En otro sentido, las conexiones nodoventriculares tienen disociación AV pero la transición en precordiales generalmente está más a la derecha.

Una RMN podría ser de utilidad-

Saludo a Ud y a todos los estimados colegas de este soberbio foro

Daniel Dasso

Hola a todos:

No se si lograron observar las imágenes del Eco (ver más adelante) pero presenta una hipertrofia VI a predominio ápicolateral con un aumento de la refringencia subendocárdica, no se si sera por la ganancia del ecógrafo pero en las áreas con mayor hipertrófica (apical, lateral y septal distal) se observa un aumento de la refringencia compatible con áreas de fibrosis, Con un deterioro leve de la función sistólica del VI y dilatación del VD. Dilatacion Biauricular.

El diagnóstico dudo que a pesar de parecer una miocardiopatía hipertrófica, sea el diagnóstico definitivo.

Por la edad también descartaría enfermedad de Fabry, aunque tambien es poco probable, y no refirió otros síntomas o manifestaciones de la misma asociados.

Sospecho una Amiloidosis Cardíaca por lo que referí de fibrosis subendocárdica y la probable afectación del VD.

No esperaría tampoco se trate de una displasia del VD dada la falta de expresión en el ECG y las imágenes no impresionan la misma.

Me gustaría conocer que opina el Dr. Sirena de las imágenes ecocardiográficas.

Un abrazo

Martín Ibarrola

HOLA AMIGOS

Mi opinión

En base a esquema de cuadrantes de los

El ECG con taquicardia con QRS ancho por el análisis del eje en plano horizontal con patrón similar BRI indica que su origen está en ventrículo derecho, y por análisis del plano frontal el QRS es negativo en derivaciones inferiores (III F II) por lo que el origen estaría en cuadrante inferior derecho (**pared de VD lateral, apical, o banda moderadora**) en síntesis **TV de VD**

Otra posibilidad sería una supraventricular por reentrada que involucre **fibras de Mahaim**

El ECG en ritmo sinusal sugiere un **BIA** por ondas P más de 120 ms y negativa en cara inferior

Además ectopías ventriculares que nacen en cuadrantes superiores sugiriendo origen en **tracto de salida de ventrículos (VD, VI o cúspides coronarias)**

Saludos

Juan José Sirena

Aquí están las imágenes del ECO en mp4!!!

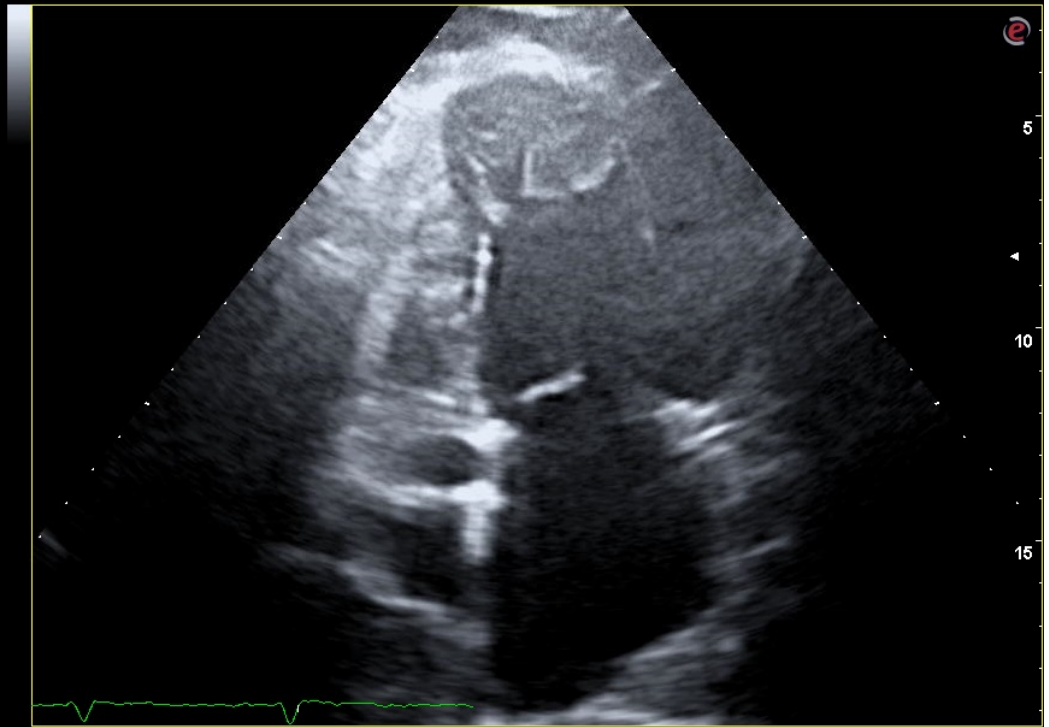
Abrazo!!

Javier García Niebla

G-----
1 4 B GEN-M G --
CARTIACO 4 TEI P 251 mm XV/M C3/-
SP2730 CARDIO PRC 11/2/27 PRS 1

P 100% MI 1.2
TIS 0.4

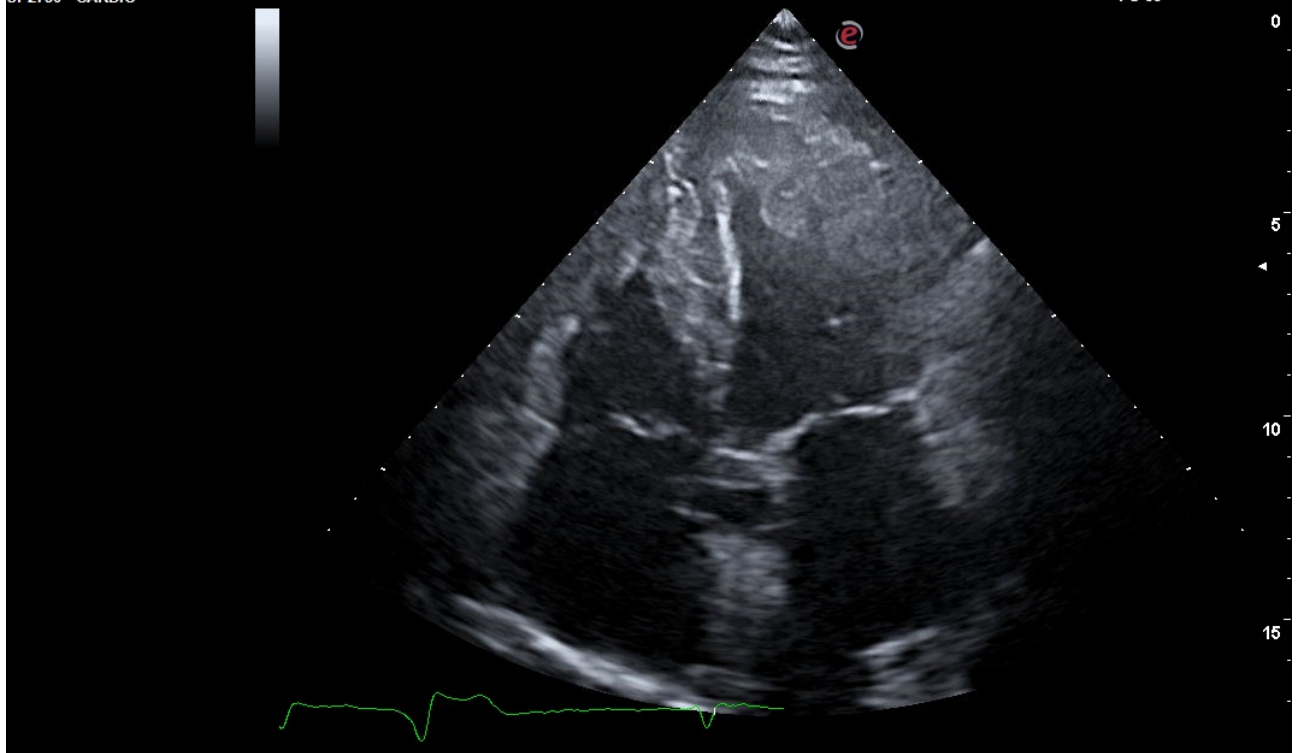
FC 84

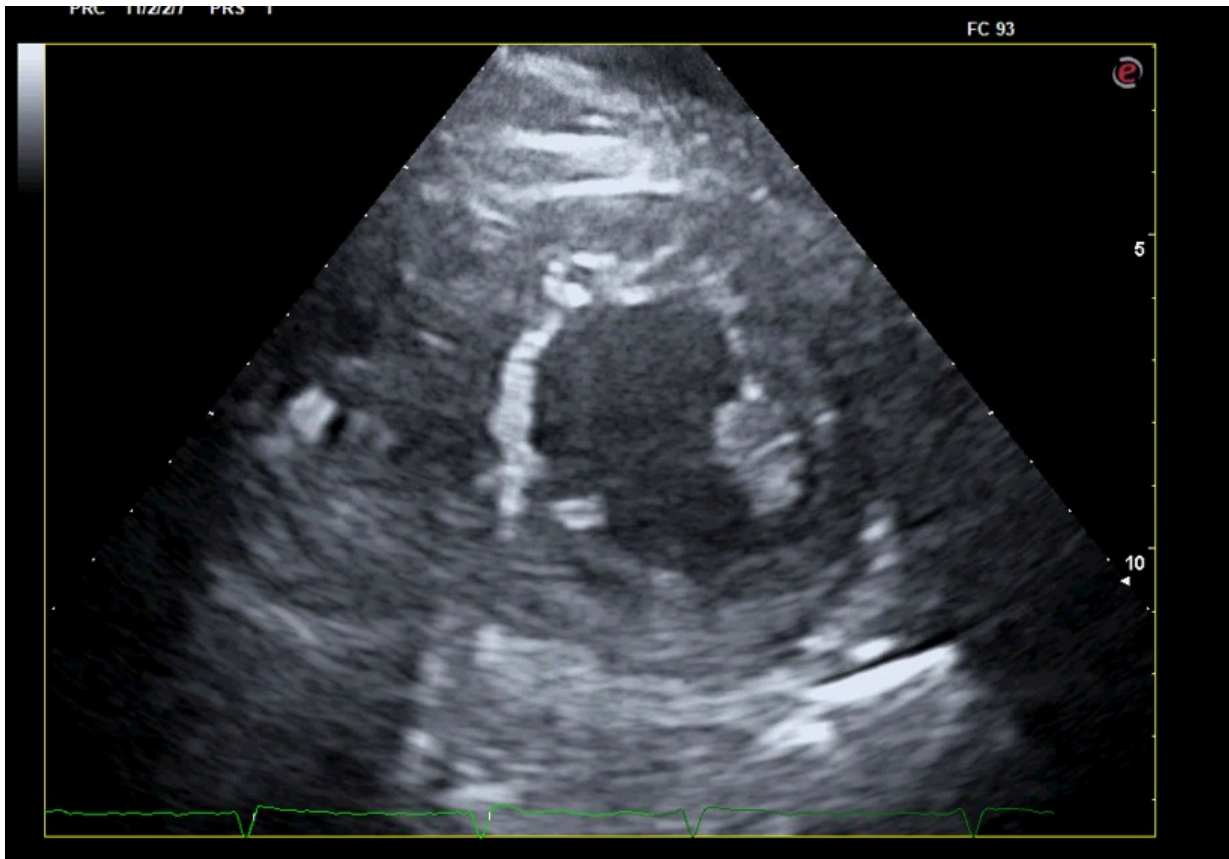


G-----
1 4 B TEI P GEN-M G
CARDIACO 174 mm XV/M C3/-
SP2730 CARDIO PRC 11/2/27 PRS 1

16 FEB 2017 12:55:10
P 100% MI 1.2
TIS 0.4

FC 99





Queridos amigos:

Adjunto podréis ver la conclusión de la RNM.

Finalmente la etiquetan como **Miocardopatía no compactada**...pero la TV maligna que presentó tiene origen en el VD (donde la resonancia registra áreas de fibrosis septal y pared libre de VD basal...Le han insertado un DAI.

¿Cómo se explica esto?

Javier García Niebla

CONCLUSIONES:

Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con hipertrabeculación que cumple criterios de no compactación (ratio NC/C= 2.7) en región lateral medioapical. Función sistólica global en el límite inferior de la normalidad.

Ventrículo derecho no dilatado con función sistólica ligeramente deprimida. Captación patológica de gadolinio intramiocárdica en región septal y pared libre de VD basal, sugestiva de fibrosis. Ectasia de aorta ascendente con ligera aneurisma de raíz de aorta (SdV) y con IAo ligera.

Querido Javier: claramente este paciente tiene dos focos uno en la parte derecha basal media-inferior del VD tal vez en la vía de entrada del VD (RVIT), y otro foco en la región ántero-lateral del VI que muestra claramente las extrasístoles ventriculares monomórficas con morfología de LPFB lo que indica que se originan en la pared ántero-lateral del VI en la base del músculo papilar ántero-lateral de la mitral donde termina la división antero-superior de la rama izquierda.

En el VI no compactado (LVNC) se describen 6 formas clínicas:

- 1. LVNC con tamaño VI normal:** LVNC aislado, en el que las trabeculaciones anormales se asocian con el tamaño normal del VI, el grosor y la función sistólica y diastólica están preservados en ausencia de otra enfermedad cardíaca estructural sin evidencia de arritmias. Clínicamente, este subgrupo parece ser benigno durante la infancia y aproximadamente el 25% de todos los sujetos. Estos individuos hacen bien menos arritmias ventriculares. Este subgrupo debe ser seguido anualmente en la clínica ambulatorial y los pacientes no son tratados con medicamentos ni restringidos de las actividades
- 2. LVNC aislado con arritmias:** hay tamaño normal del VI, en grosor, y función con métodos de imagen, pero el cuadro predominante son las arritmias. Estos pacientes parecen tener un elevado riesgo de eventos y requieren un seguimiento más estrecho y una intervención terapéutica con medicación o CDI, dependiendo de la arritmia específica y de los síntomas asociados. Las arritmias observadas incluyen TV, FV, bloqueo AV,

taquicardia supraventricular y FA. La pre-excitación y los voltajes extremos son también hallazgos comunes en ECG, particularmente en niños.

3. **La forma dilatada de LVNC** imita clínicamente la miocardiopatía dilatada (DCM), con un VI trabeculado dilatado con función sistólica deprimida. El seguimiento de estos pacientes es similar al de DCM. Una importante característica diferenciadora es la posibilidad de que conviertan en un "fenotipo ondulante" en el que el corazón cambia su apariencia a una forma hipertrófica con un tamaño, grosor y función del VI normal en la ecocardiografía, pero luego vuelve al fenotipo similar al DCM, Los ECG de estos pacientes, en particular los niños pequeños, pueden incluir la preexcitación con o sin aumento severo de voltaje, particularmente en las intermedias V3-V4, y arritmias

4. La forma hipertrófica de LVNC

5. Forma restrictiva de LVNC

6. **LVNC biventricular**: este parece ser su caso porque tiene afectación de ambos ventrículos y focos tanto de VD (TV Monomórfica con patrón de BCRI) y otro foco en el VI que origina extrasístoles monomórficas con morfología de LPFB por lo que se originan de la parte ántero-lateral del VI. El eco confirma esto.

Andrés R. Pérez Riera

Querido Javi: Por las imágenes que enviaste me cuesta ver miocardio no compactado. En realidad, se hubiera apreciado mejor si le aplicarás color a la región sospechosa. La entrada de color en las trabeculaciones es fundamental para el diagnóstico.

Saludos.

Luciano Pereira

