

Paciente masculino de 23 años que presenta taquicardia de 250 lpm – 2018

Dr. Oscar A. Pellizzón

Estimado colegas del Foro envío este caso para conocer sus valiosas opiniones con respecto a este caso.

Mis preguntas serían

1. ¿Cuál es el diagnóstico electrocardiográfico de la taquiarritmia?
2. ¿Cuál es la etiopatogenia?
3. ¿Qué opinan de la evolución electrocardiográfica?
4. ¿Qué conducta tomarían?

Gracias por sus aportes.

Dr. Oscar A. Pellizzón.

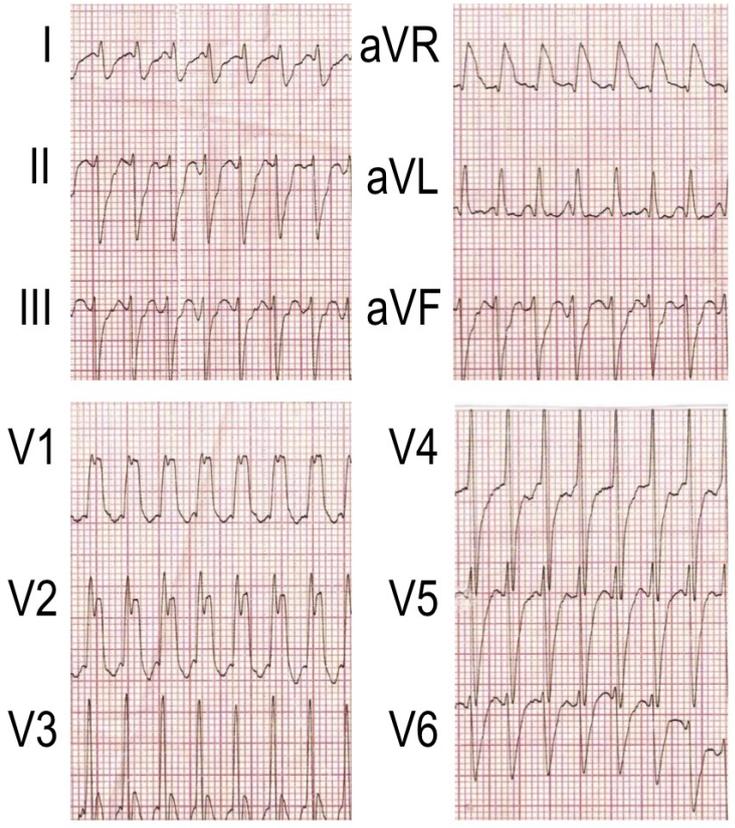
Historia Clínica

- Masculino
- 23 años
- Angina pultácea en tratamiento con amoxicilina
- Palpitaciones al 5to. día de tratamiento.

Examen físico.

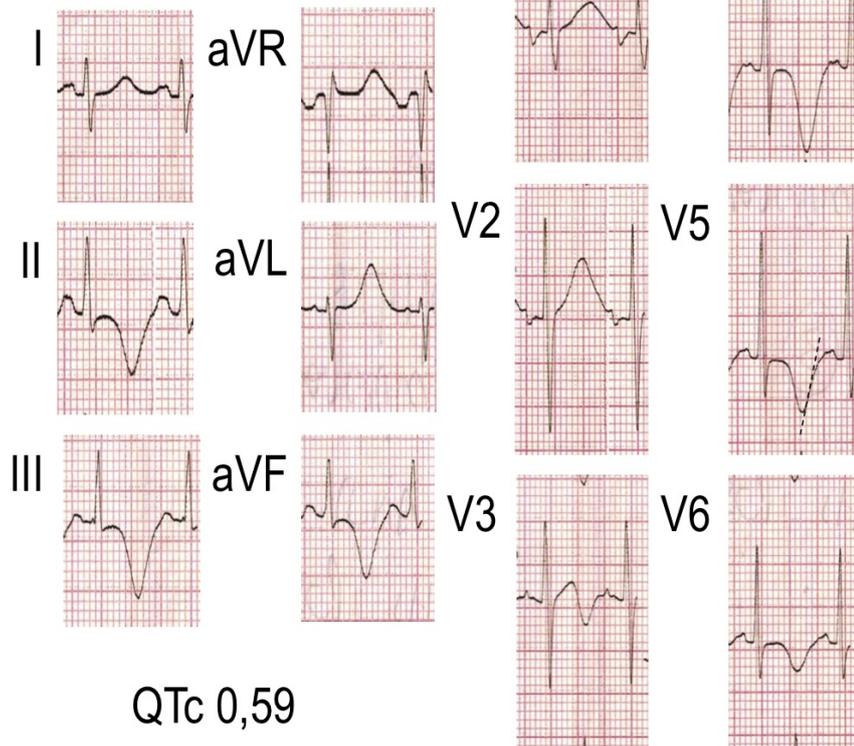
- Pulso filiforme + 250 lpm + PA 60/40 + CVE..

20-11
(Ingreso)



RR 240

20-11 post CVE

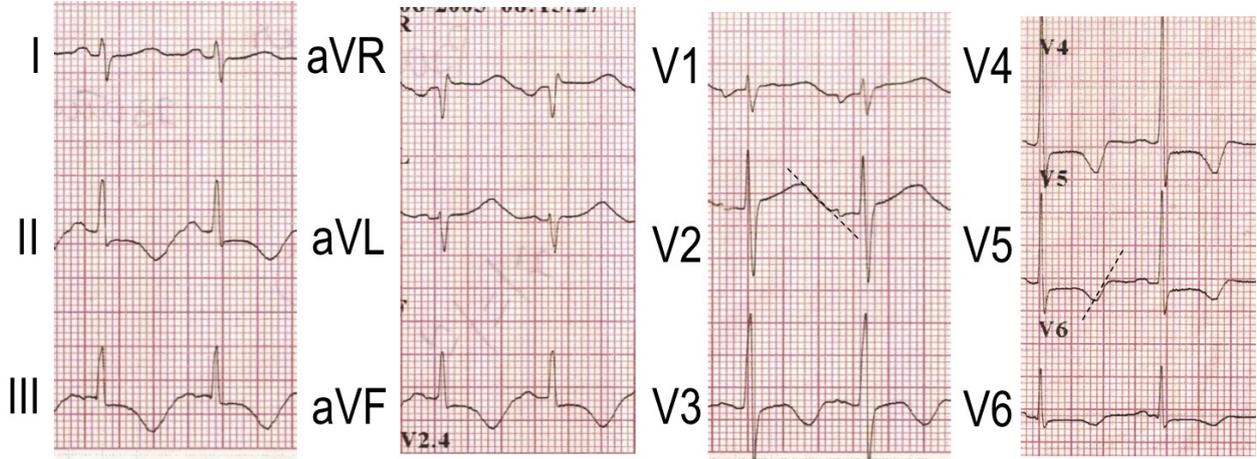


QTc 0,59

Exámenes complementarios

- **Laboratorio:** normal
- **ECO 2D-Doppler:** normal
- **RM Cardíaca:** normal
- **Cinecoronariografía:** normal.

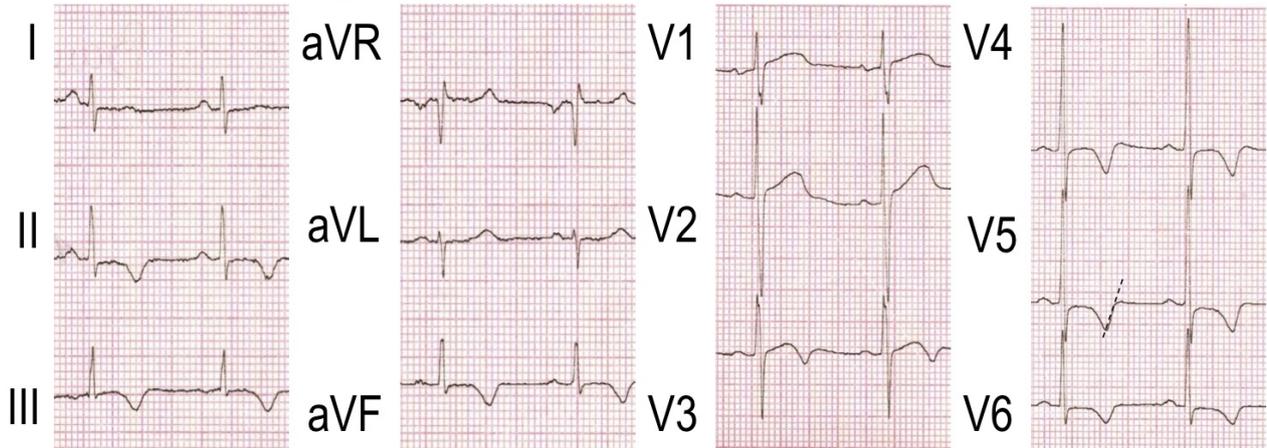
22-11 (2° día)



QTc (V2) 0,60

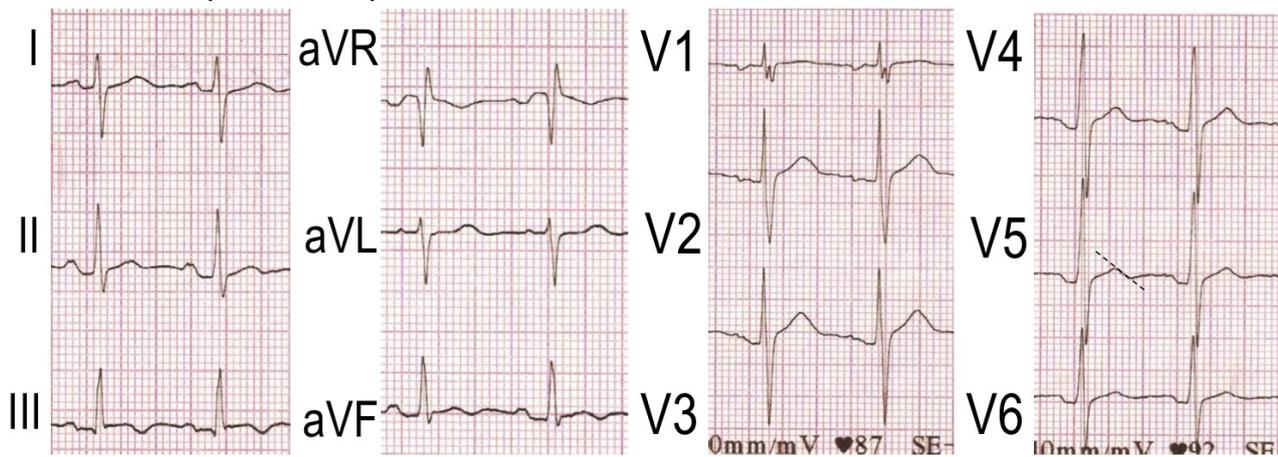
QTc (V5) 0,50

25-11 (5° día)



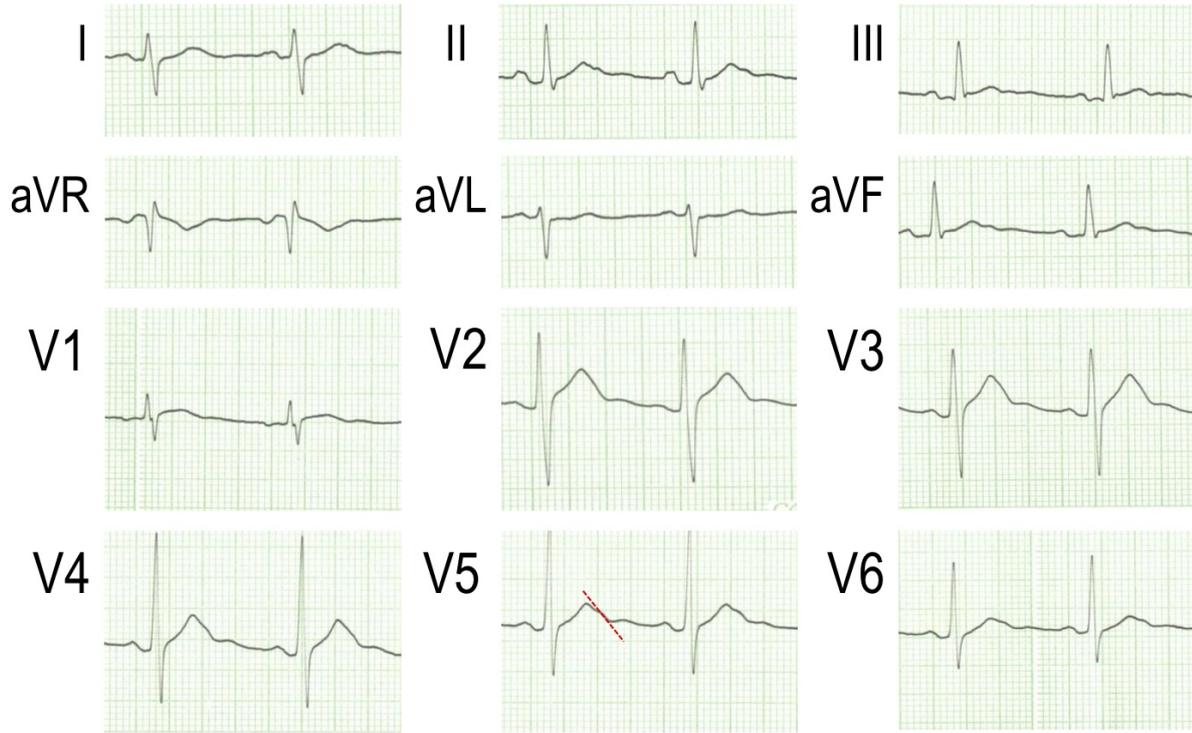
QTc 0,40

11-12 (21 días)



QTc 0,40

15-1 (56 días)



QTc 0,47

OPINIONES DE COLEGAS

Hermosos ECG.... el ECG de la taquicardia a pesar de ser ancho tiene en contra de TV que tiene imagen de rama derecha y hemibloqueo AI. Muy ilustrativos los ECG posteriores de QT largo que se va acortando.... que puede ser por el atb.... ¿si la CV fue eléctrica como aseverar el diagnóstico de TV y no TPSV con bloqueo en fase 3 por ejemplo??

Ricardo Oscar Paz Martín

- 1- taquicardia supraventricular con aberrancia
- 2- Miocarditis
- 3- Noto cambios muy llamativos la onda P . Normalización del QTc
- 4- Resonancia NM para descartar fibrosis residual

Luis Roca

Buenas tardes a todos los colegas del foro.

La taquiarritmia del caso de Oscar me impresiona que puede ser ventricular originada en las cercanías del fascículo pósterior inferior. Me parece observar disociación AV; y por otra parte la imagen de BRD que se visualiza en las derivaciones precordiales derechas es atípica.

Las alteraciones posteriores de la onda T pueden ser secundarias a modulación.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Estimado Oscar:

En el ECG basal por criterios de Vereckei y Brugada el diagnóstico es el de TV. El origen de la misma impresiona originarse en las cúspides coronarias. No es una arritmia descrita relacionada con el QT prolongado. Aunque trato de encontrarle relación y aguardo las conclusiones de su caso para conocer si este tipo de arritmias pueden ser manifestación del LQTS.

Presenta indicación I A de ablación de EEF y ablación.

El QT prolongado mejora pero en el último electro persiste prolongado y no creo sea por miocarditis, ni la cardioversión eléctrica. Debería recibir BB (propranolol y/o nadolol). Realizar estudio genético de QT prolongado. En el QT prolongado existe la variabilidad de la onda T que evidencia está paciente.

Es obvio que para descartar referirme a corazón estructuralmente sano debería complementarse con RNM cardíaca no solo al ECO.

No le encuentro sin evidencia de daño miocárdico indicación para CDI.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Amigos del FIAI

El caso de Oscar me impresiona como una TV según los criterios ECG. El origen pareciera estar cerca de la hemirrama posterior izquierda ya que es negativa en cara inferior, aunque el ECG no es típico de una Taquicardia Fascicular. Los cambios en la onda T pueden deberse a memoria de T. No creo que la arritmia tenga algo que ver con QT largo, no es lo común, en este caso serían polimórficas tipo torcidas de punta.

Conclusión: TV en corazón "sano" originada cara posterior y septal del VI.

Saludos

Alejandro Ventura

Hola Oscar

Según esquema de los cuadrantes y en contexto de su edad, contexto clínico, Laboratorio y otros métodos complementarios; opino que es una TV IDIOPÁTICA sin cardiopatía estructural, cuyo foco o reentrada se encuentra en cuadrante inferior izquierdo, con eje hacia arriba en plano frontal y a derecha en plano horizontal, es decir que está localizado en porción inferior de VI, sugestivo de :

TV FASCICULAR POSTERIOR DE BELHANSEN

o

TV MÚSCULO POSTEROMEDIAL

o

TV DEL SUMMIT

Por otro lado interpreto las alteraciones de la repolarización, por modulación o memoria de onda T durante la taquicardia

Saludos cordiales

Juan José Sorena

Sgo del Estero

Estoy de acuerdo con los Dres. Ventura y Sirena. Me impresiona una TV probablemente del fascículo posterior. Se observa disociación VA durante la taquicardia. Las alteraciones de la repolarización post CVE son probablemente por memoria electrónica ya que siguen al eje mayor del QRS de la taquicardia.

A veces estas taquicardias responden a la adenosina.

La conducta sería EEF diagnóstico y posteriormente ablación por RF.

Saludos.

Alfredo del Río

Muy buen día a todos.

Me apunto por el ECG y por ser un chico sano sin cardiopatía estructural por una TV Fascicular: taqui de QRS ancho pero con fuerzas iniciales rápidas, Morfología de BRD y eje Superior que deja luego memoria cardíaca. Pudo la AMOXICILINA provocar prolongación del QT? De acuerdo en el que no es la TV más asociada al QT prolongado pero ya aprenderemos de los maestros del Foro.

Gracias a todos por esta oportunidad de aprender a diario.

Feliz Día.

Leonardo Ramírez Zambrano