

Paciente asintomático de 10 años que concurre a la consulta para control – 2010

Dr. Martín Ibarrola

Estimados colegas del foro:

Deseo la opinión de Uds acerca de este ECG. Paciente de 10 años concurre a la consulta por control, sin antecedentes personales ni familiares. Asintomático.

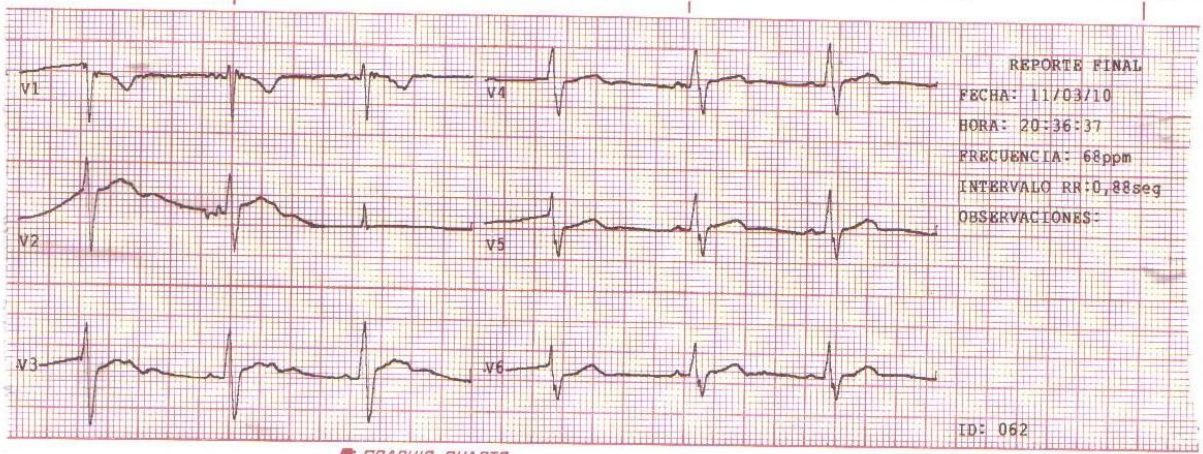
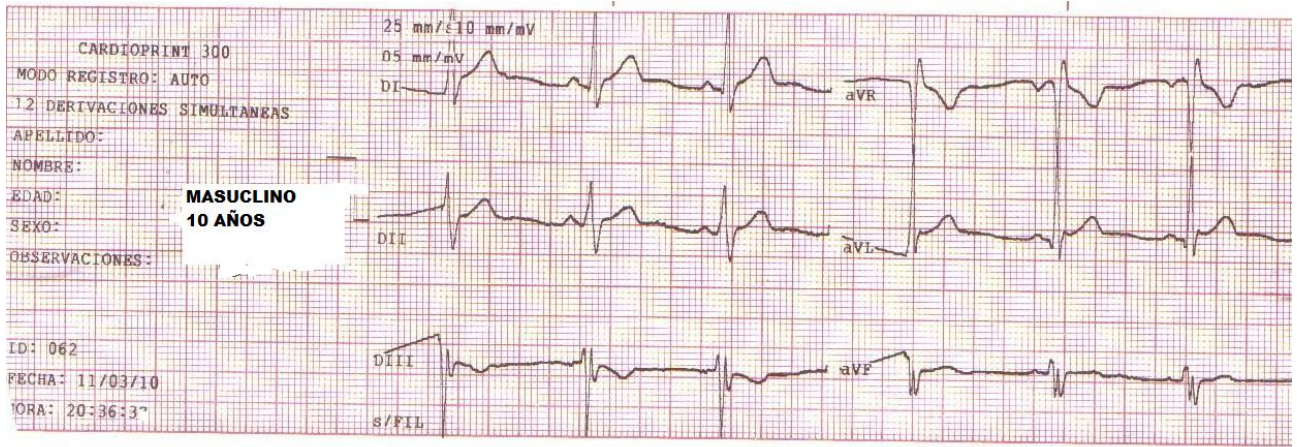
Ef TA 95/55 R1 R2 normal. SS Ey en foco Artico 1-2/6.

¿Cuál es su interpretación diagnóstica?

Perdón por lo corto y fallas en el trazado. Al repetirlo en forma manual pensé el equipo lo grababa también cosa que no.

Saludos y aguardo sus expresiones y opiniones.

Martin Ibarrola



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Martín

Si bien no hago EP pediátrica y dejaremos que José nos ilumine, me parece que más allá de los defectos técnicos, el ECG no es normal.

Parece preexcitado, y si lo fuera la vía podría ser pósteroseptal izquierda. Pero me puedo estar equivocando y esto ser variante normal para la edad. Si excluyo la onda U el QT es normal. ¿Nos ayudaría un Treadmill?

Lo del soplo me pierde, es de los llamados soplos inocentes o tiene una una AO bicúspide o una subaórtica (no tiene ECG significativo para esto)?

¿Estás seguro que es eyectivo?

Esperemos la opinión de los que saben de esto.

Saludos buen fin de semana

Adrián Baranchuk

Querido Dr Adrián: el soplo impresiona funcional disminuye de intensidad con los cambios de decúbito y casi imperceptible al examinarlo de pié. No irradia, mayor foco de auscultación en foco aórtico y en foco aórtico accesorio no presenta soplos regurgitativos. Pulsos periféricos presentes y simétricos similares presiones entre ambos brazos y ambos MII.

En el ECG que le entregué era exactamente igual, más largo ya que lo realicé manual. Y si, concuerdo con vos, me impresiona un WPW, el trayecto de la vía (Ud el el PROFESOR, perdón) impresiona pósterosseptal. izquierda concuerdo (muy práctico el algoritmo la verdad ayuda mucho).

Ya le he pedido los estudios de ergo, Holter y ecodoppler. la ergo le va a costar realizar en Bs As muy pocos centros realizan ergometrías pediátricas, lo otro lo realizo yo así que no demorarán demasiado, igual es un hallazgo no es un paciente sintomático.

¿El Dr Moltedo? ojalá aporte algún comentario.

Muchas gracias por la respuesta Profe. Cuando tenga novedades le comento, los resultados pero no me impresioné en el examen físico tenga nada anormal. .El Dr Femenia me lo va a querer ablacionar.

Le envió un caluroso saludo y repito mis felicitaciones para Ud. la verdad me pone muy contento, este fin de semana brindaré en su honor, le juro.

Martin Ibarrola

Querido amigo Dr Martin Ibarrola

Este caso del niño de 10 años es anormal. En V1 tiene la imagen casi segura de un Epsilon sugiriendo una *right ventricular dysplasia* , esta depolarización tardía se ve en todas las derivaciones, pero están más pegadas al descendent limb, pero V1 tiene una alta probabilidad de epsilon

Yo creo que se debe realizar un MRI, para diagnosticar la infiltración grasosa al ventrículo derecho, y un Holter si presenta arrhythmias originadas en el ventrículo derecho (*arrhythmogenic right ventricle*) No conozco otra posibilidad de diagnóstico diferencial a veces las arrhythmias aparecen mucho más tarde

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

Espero que José pueda leer los mail y hacerse un tiempo desde el ACC para dar su opinión. En lo que respecta a mi opinión, coincido con Adrián y con Martín que es muy probable que el niño tenga un WPW. Simplemente, creo que a lo comentado, otro dato a tener en cuenta es la ausencia de Q en V5 y V6.

En cuanto al sitio de la vía accesoria, yo como EF de adultos que trabajo con José, no dejo de sorprenderme de los numerosos fallos de los algoritmos que se utilizan extrapolados de adultos a niños y siempre nos proponemos generar algún algoritmo pediátrico.

Esta introducción es para poner alguna duda extra sobre la localización de la vía, si además consideramos que este ECG, de serlo, tiene una escasa preexcitación lo cual suele "esconder" muchos vectores trascendentes para una ubicación más precisa.

Adrián, gracias por tus comentarios. Siempre es un gusto leer tus valiosísimos aportes, así como el de muchos otros colegas.

Saludos a todos.

Mauricio Abello

Estimado Dr Samuel:

Desgraciadamente me impresiona que es muy probable su diagnóstico diferencial. Como mucho yo que esperaba ansioso su comentario, pensaba en WPW como primera opción o alguna miocardiopatía. Le agradezco muchísimo su opinión y le agregaría RMN y descartar su diagnóstico diferencial, conociendo de su experiencia y juicio me impresiona que infelizmente para mi paciente seguramente estará acertado. Aunque interiormente me encantaría sin maldad que Ud esté equivocado.

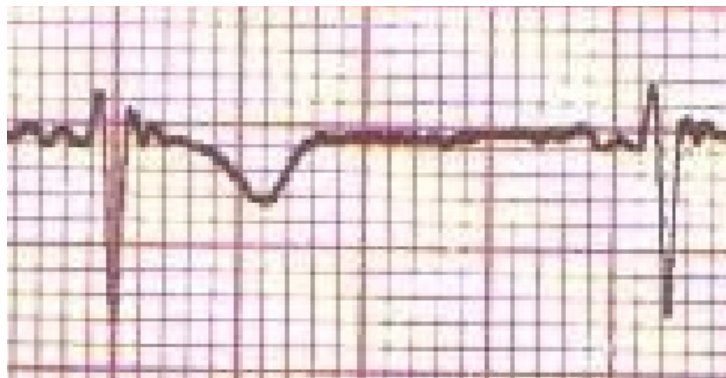
Muchas gracias por su aporte, invaluable. Aunque no sea el que yo esperaba.

Cuando tenga novedades se las comento.

Un afectuoso saludo estimado Dr Samuel

Martin Ibarrola

Onda epsilon



Edgardo Schapachnik

Sobre el caso del chico de 10 años:

En el ECG:

Veo en las derivaciones de los miembros un eje eléctrico ligeramente a la izquierda, a jugar por aVF con componente más negativo; luego en el tercer latido de la aVL, veo una R de 13 a 14 mm de altura, esto último configuraría un criterio de HV Izquierda (¿Strain positivo?) al no tener el Sokolow u otro índice. También veo un empastamiento de la S en V5 y V6 como de BIRD. También me llama la atención poco voltaje de R de V3 a V6.

Los primeros hallazgos sumado a la presencia de un soplo que el colega lo ubica en el foco aórtico, y dice que es eyectivo y que quizás también sea audible en el Ao accesorio, me inclinaría a pensar en E Ao, Hipertrofia subaórtica; o Ao bicúspide.

El Ecocardiograma Doppler se impone para descartar lo sospechado y además de descartar CIA, CIV (que son las congénitas más comunes) que a veces pasan desapercibidas y las descubrimos cuando adultos.

Gracias por permitir expresarme, me agradecería no solo los datos del Doppler sino también las fotos del mismo sino es mucho pedir.

Los saludo atte

Dr. Carlos A. Soria S.

Querido Martin, amigo mio (si me permite considerarlo mi amigo)

No entiendo nada. En los emails previos se sugirió WPW, y Ud dijo: me parece que si, vamos a hacerle una ergometría etc etc

Luego Samuel le sugiere que se trata de ARVD, y UD dice: me parece que si, voy a hacerle un RNM.

Si su pensamiento es que el paciente tiene las 2 cosas, por favor aclárelo, porque si Ud tiene razón, es un caso de reporte con la asociación de 2 patologías de carácter congénito.

Yo no creo que este paciente tenga ARVD, y si la tiene, le pago un café con medialunas al maestro Sclarovsky. Ahora, si no la tiene, me encantaría tomarme ese café con medialunas con el maestro y contigo Martin, pero pagan Uds.

Obviamente, que de tener ARVD no tiene una forma avanzada de la enfermedad, ¿por qué?

1. No tiene T negativas de V1 a V4
2. No tiene bajo voltaje
3. No tiene BRD
4. Está asintomático

Salud

Adrián Baranchuk

Estimado Dr Adrián: obviamente es un orgullo poder considerarlo a Ud como un amigo y así lo siento yo.

Sí Dr, yo pensé primariamente en un WPW, le soy sincero estaba convencido. No creo en la asociación de dos entidades no me juzge tan lerdo, y con patrón del ECG ni pienso en la asociación de dos entidades.

Yo sigo pensando en WPW, pero mire atentamente el 2 latido de V4 a V6 y notará que es corto, pero sin embargo en el 3 latido el PR varía (no lo había notado, diría normal) y mantiene la aberrancia en la conducción.

Concuerdo con Ud que no tiene más criterios para ARVD, pero frente a la sospecha de ésta por más que yo piense en WPW, la única manera de descartarlo es con la RMN por

eso pensé adecuado a fin de descartar el diagnóstico la realización de la misma aunque se que en etapas iniciales puede no encontrar infiltración grasa del miocardio.

Y la onda epsilon marcada por el Dr Samuel tampoco es clara para mí. La otra manera que encuentro de poder descartar no sea una onda epsilon es colocando los electrodos de las derivaciones de los miembros, y realizar en V1 por de mayor voltaje (no recuerdo si a esto se lo llamaría V1 sensibilizado). Es decir colocar el electrodo explorador de MSD supraesternal y MSI subxifoideo y puede corroborar si se trata de una onda epsilon o no. (tal vez no esté de acuerdo en esto). Y no he encontrado en el ECG tampoco ningún otro criterio concluyente de ARVD.

No juego a local, empate y visitante, y no tiene dos entidades Dr Adrian, yo repito estar convencido se trataba de un WPW, lo expuse al foro justamente frente a lo patológico del ECG, y frente al diagnóstico presuntivo del Dr Samuel, los demás estudios obviamente los realizará, pero aunque no cumpla con todos los criterios de una ARVD, frente a la perspectiva de las implicancias de esta la única manera que encuentro de descartarla, es con una RMN.

No voy a despreciar la opinión del Dr Samuel por más que Ud mi amigo disienta conmigo, pero si yo realizo la ergo, Holter y ecocoppler y no obtengo nada de riesgo, le digo a la madre (no realiza deportes competitivos) vaya tranquila, lo veo en unos meses y ¿vemos como evoluciona? No compré la ARVD, y no tiene las dos entidades pero por el diferente pronóstico de esta si juzgo que tengo la obligación de descartársela. Aunque yo piense que se trata de un WPW.

Espero entienda mi pensamiento. Y no me haga la chicana de que voy a realizar todos los estudios de los diagnósticos que los foristas puedan sugerir. Mi diagnóstico presuntivo es WPW. Ahora bien, y no juego al prode, y no tiene dos entidades.

¿Ud descartaría de plano la posibilidad de una ARVD?

Y ya le exprese al Dr que espero esté equivocado.

Le envió un cordial saludo mi amigo y gracias por sus cuestionamientos, y responderé me conoce a lo que Ud me plantee.

Y no compro el diagnostico del Dr pero le tomo la apuesta. Si es un WPW con el mayor de los gustos le pago una comida con el mejor de los vinos,

Martín Ibarrola

Querido Tincho (vuelvo a la carga con este "nickname" a ver si Femenia lo empieza a usar también)

Solo para confrontar ideas, le diría (sin ser pediatra, así que si Moltedo me dice otra cosa, seguro le haría caso), lo que yo haría en este caso:

1. Luego de examen físico e historia clínica (soplo eyectivo Ao, asintomático SIN historia familiar)
2. ECG (hecho)
3. Ecodoppler (ya pedido por Ud) con visualización detenida del VD
4. Ergometría

Si la supuesta onda delta desaparece con el esfuerzo, ya está hecho el diagnóstico. Si no desaparece, le haría un test de Adenosina (para bloquear el nodo AV y ver si se produce mayor preexcitación anterógrada). Si el test induce bloqueo AV completo SIN cambiar el patrón, el niño NO tiene WPW. SI el patrón se exagera, entonces el diagnóstico está hecho y entramos en la discusión de ablacion en WPW asintomático.

Como ve, mi presunción de ARVD es tan baja, que yo NO le haría una RNM.

Saludos

Adrián Baranchuk

Estimado Dr Soria :

Valulopatías me atrevería a aseverar no padece, menos CIV. Le prometo las fotos del ecodoppler cuando lo realice.

Entiendo perfectamente querido Adrián, los estudios están en curso, en eso no hay problema. El lunes me fijo si ya sacó los turnos y si es así hablo con las secretarias para me los adelanten y listo. No me urgen, esta asitnómico. Sino para poder aportar datos.

Veré que obtengo de los mismos.

Nombró al Dr Femenia ahora abre él fichero y tira como él llama un casito .

Entiendo su raciocinio. Totalmente lógico.

Le agradezco sus comentarios y aportes.

Un saludo y que disfrute de su hija este fin de semana.

Martin Ibarrola

Un abrazo

Amigos, ya han dicho casi todo,
No creo tenga una vía accesoria,
Si parece un patrón de BIRD, y Samuel vió lo que nadie, y cuando agrandas el ECG,
parece una onda epsilon

Eco, ergo y coincido en una prueba de adenosina, no se si no la haría primero y listo. A mi entender HAY QUE DESCARTAR DISPLASIA ARRITMOGENICA DEL VD.

Saludos

Francisco Femenia

Quiero hacer algunos últimos comentarios después de leer muchas opiniones.

- Sobre el comentario que en V4 el PR se acorta en algún latido y no cambia el patrón ventricular: El PR en ese latido parece tener un aparente acortamiento del PR a expensas de un incremento en la duración de la P (que comparada con la previa es mayor) que me impresiona un artefacto. De hecho, el PR en V5 y V6 en los latidos simultáneos no se modifica.

- En cuanto a la onda épsilon: Es una manifestación ECG en un estadio grave, como dijo Adrián, de zonas de conducción lenta que hacen que esas pequeñas regiones se activen al estar finalizando el QRS. Es de notar que esto debería afectar, y es así en líneas generales, algún territorio del VD, por lo que esto suele observarse en V1 y V2, fundamentalmente. Ahora, me tomé el trabajo de medir con caliper digital la duración del QRS en V1 no difiere de la duración del resto de QRSs de las 12 derivaciones (que oscilan en mi monitor entre 15 y 18 pixeles) para 200 ms equivalentes a 29 pixeles para el que quiera hacer la regla de 3. Además, el final del QRS (incluida épsilon) coincide con el final de V2 y V3, por lo que me impresiona que son vectores finales de la despolarización, seguramente algo isodifásicos más que a potenciales tardíos localizados.

- Sobre el Dg a seguir: Si el test de adenosina es negativo, y aunque repito, me sorprendería mucho que fuera una DAVD por lo antes expuesto, creo que es bueno recordar que los potenciales tardíos que dan la manifestación del ECG de la onda épsilon, son los mismos potenciales tardíos que se pueden observar en un EEF o en un ECG de señales promediadas. Considerando que en el foro, habrá muchos médicos que no tienen acceso a una RNM, el ECG de SP, del cual cuentan numerosos equipos de Holter, debería dar un enorme positivo, si eso es en realidad una onda épsilon.

-Finalmente, para una pregunta del Dr. Marín Ibarrola, y viendo que José, no da señales de vida, El Dr. Moltedo es parte de la gran familia de pediatras Moltedos de Palomar (abuelo, padre e hijo).

Saños a todos.

Mauricio Abello

Gracias por el aporte querido Francisco, veremos que dan los estudios y qué diagnóstico o no contribuyan a corroborar. Está asintomático, a pesar de lo patológico del ECG yo trato de llevar con delicadeza estos pacientes más si se encuentran asintomáticos, no generar angustia en los padres, ya habrá tiempo con todos los datos de ser claro. En mi práctica los vas llevando, soy claro y les explico obvio para que pido los estudios y les explico en que consisten. Ya habrá tiempo de ser agresivo si es necesario, (no hablo en meses ni años obvio), a vos probablemente te lleguen con el diagnóstico realizado o con alta presunción diagnóstica, por eso entiendo tu agresividad para el diagnóstico. Yo me encuentro en la primera etapa de una madre que desconoce que su hijo tenía una alteración del ECG, y está asintomático. Primero los estudios solicitados y ver que datos obtengo, ya habrá tiempo si son necesarios de estudios más agresivos.

Te mando un fuerte abrazo y si tenés razón...el Dr Adrian te tiene que invitar al café también (con medialunas invita).

Yo sigo pensando en el WPW, te juro prefiero encontrarme con cualquier otra cosa que con una ARVD, y se que el Dr Samuel ve lo que nadie, espero esta vez se equivoque.

Hablé con la madre y trataré de antes del miércoles tenga el ecodoppler y Holter hechos. Y empecemos a separar las aguas.

Un abrazo querido Francisco

Martín Ibarrola

Querido y admirado amigo Dr. Adrián, yo tomo café con leche y medialunas de manteca
Con respecto a ST-T deprimido en V1 -V3 es un fenómeno que aparece mucho más tarde
cuando aparece la dilatación del ventrículo derecho, como así también el ventrículo
arritmogénico. Lo que es importante es que el epsilon es una manifestación infrecuente
en la displasia ventricular derecha, pero cuando aparece es patognomónico
El MRI es el único método que puede confirmar el diagnóstico, pero en manos
experimentadas en interpretar esta patología

Yo me identifico con el amigo Dr Martin Ibarrola, diciendo que ojalá me equivoque, y
deseo que el niño no tenga nada para suerte de sus padres y que salga de este algún
cardiólogo futurista, o algún crack de fútbol, que hoy forman la elite social

Mi fraternal saludo

Samuel Sclarovsky

Querido Martín, vos lo decís, no hay que perder de vista que esto ha sido un hallazgo, y
hay que verlo en este contexto, creo que la idea de juntar opiniones especialmente sirve
para ampliar un poco la óptica de hacia donde ir. Creo el aporte de Samuel, es importante,
aunque sea poco probable que tenga una DAVD, y el aporte de Adrian y Mauricio Abello,
son también fundamentales. A mi la primera impresión del ECG, no fue una VA "clara" y si
un BIRD, que quiere decir esto, probablemente nada o a partir de acá puedo encontrar
algo, no lo se.

En cualquier caso requiere de estudios por suerte ninguno agresivo para tener un
diagnóstico, siempre en el contexto de un niño y asintomático.

Saludos

Francisco Femenia

Saludos. Me impresiona alguna forma de preexcitación en este caso. Por los datos no me sugiere una DAVD pero ésta es liebre que salta de cualquier parte, me mordería pues no la pensaría ni le doy fuerza. Creo que es importante la ergometría, el ECO DOPPLER es parte de la valoración. No por lo demás no hay presión para definir el estudio

ABRAZO

Rolando Rogés Machado

Querido Martín:

Mi humilde opinión....

Lo primero que me llamó la atención de este ECG en un niño de 10 años es que el eje en el plano frontal se localiza a la izquierda.

Eso me hizo pensar en lo siguiente:

1- Puede tratarse de preexcitación con vía pósteroseptal como lo expuso el maestro Baranchuk. Pero también..... me hizo pensar en lo siguiente...

2- ¿Por qué no pensar en defecto del tabique interauricular tipo ostium primun, con lo que en algún momento se llamó o se llama sobrecarga diastólica del ventrículo derecho dando una imagen de rsr' en V1?

Entonces.... como lo que se hace en un foro es debatir.... pues bien.... teniendo en cuenta que ya se habló de preexcitación, me voy para el otro lado.... (voy a poner agua para el mate y vengo).

El signo electrocardiográfico más típico de CIA es la presencia de la imagen rsr' o rsR' en V1-V2 con una onda S en DI y V6; y onda R final en aVR, y con ligero aumento de la duración del QRS. Esta imagen se conoce con el nombre de sobrecarga diastólica de ventrículo derecho.

A pesar de que esta imagen es idéntica a la que se ve en el bloqueo troncular parcial de rama derecha, ésta no es probablemente la explicación de la misma, por lo menos en la mayoría de los casos de CIA; donde se ha comprobado ya experimentalmente que la conducción por la vía derecha es normal.

La imagen con r' o R' en V1 no es, pues, debida generalmente a un bloqueo de rama derecha, sino a un retraso de la despolarización de la parte dilatada del ventrículo derecho.

Es por ello que es mejor hablar de despolarización retrasada del ventrículo derecho que de imagen de bloqueo parcial de rama derecha (como estuve tentado a hacer).

En la CIA tipo ostium secundum, el eje suele ser siempre derecho, y el asa de QRS en el plano frontal presenta casi siempre una rotación horaria.

Cuando rota en antihorario (como se ve aquí ya que V2 ya se muestra isodifásico), es porque se encuentran asas de QRS frontales parecidas a las que se ven en las CIA de los defectos de los cojines endocárdicos, en presencia de CIA típica del tipo OS por hemodinámica.

La presión del VD es normal (<35 mmHg) ya que el ECG muestra en más del 90% rsR' o rsr' en V1, observándose una asa de QRS en el plano horizontal con rotación antihoraria y retraso terminal derecho.

Otro dato para apoyar el diagnóstico de CIA tipo ostium secundum en este paciente es que en las derivaciones inferiores hay un "notch" cerca del apex de la onda R, que se ha llamado "crochetage", y que se ha sido bien correlacionado con "*atrial septal defect*". Lo que se ve como preexcitación de DII a mi entender es una deformación de la onda R que coincide con el notch paralelo de DIII y que también se ve en aVF.

Mañana vengo con más y los dejo con una publicación reciente del Circulation a propósito del caso.

Clinical Use of Electrocardiography in Adults With Congenital Heart Disease

Paul Khairy and Ariane J. Marelli

Circulation 2007;116;2734-2746

SUMADO MARTIN AL SOPLITO QUE LE AUSCULTAS..... me parece que con el eco era suficiente..... veremos....

Estimado maestro:

A diferencia de la onda r' o R' aguda y angosta < 5mV encontrada en 2,4% de los corazones normales, en el "*atrial septal defect*" puede verse una onda r' o R' ancha y arrastrada ("*slurred*" según la publicación de Circulation)

Un abrazo

Jorge Palazzolo Peñafiel

Estimado Dr Palazzolo: supongo que no se dirige a mi, y se esta dirigiendo al Maestro Samuel. Contesté su primer mail y entiendo y le expuse porque no me impresionaba pueda tener una CIA, aunque no la podría descartar sin el ecodoppler.

Le agradezco su aporte, y si es que se dirigio a mi? Maestro? Le pido por favor no me llame asi, si se dirigia al Maestro Samuel y me equivoque perdoneme por la mala interpretacion y desde ya disculpas.

No me ha contestado a pesar de lo interesante de su análisis que con un eco confirma su diagnóstico.

¿Cómo diagnostica una CIA por medio de un eco?

Le mando un gran abrazo. Y en serio espero llame Maestro al Dr Samuel.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Estimados colegas del Foro:

Luego de tanta controversia les envío los estudios realizados en el día de hoy.

Observen las imágenes y expérenme su impresión.

Son imágenes del eco con fotos no informe como me pedia un colega y el trazado de V1 y V6 realizado a 50 x 20 mm.

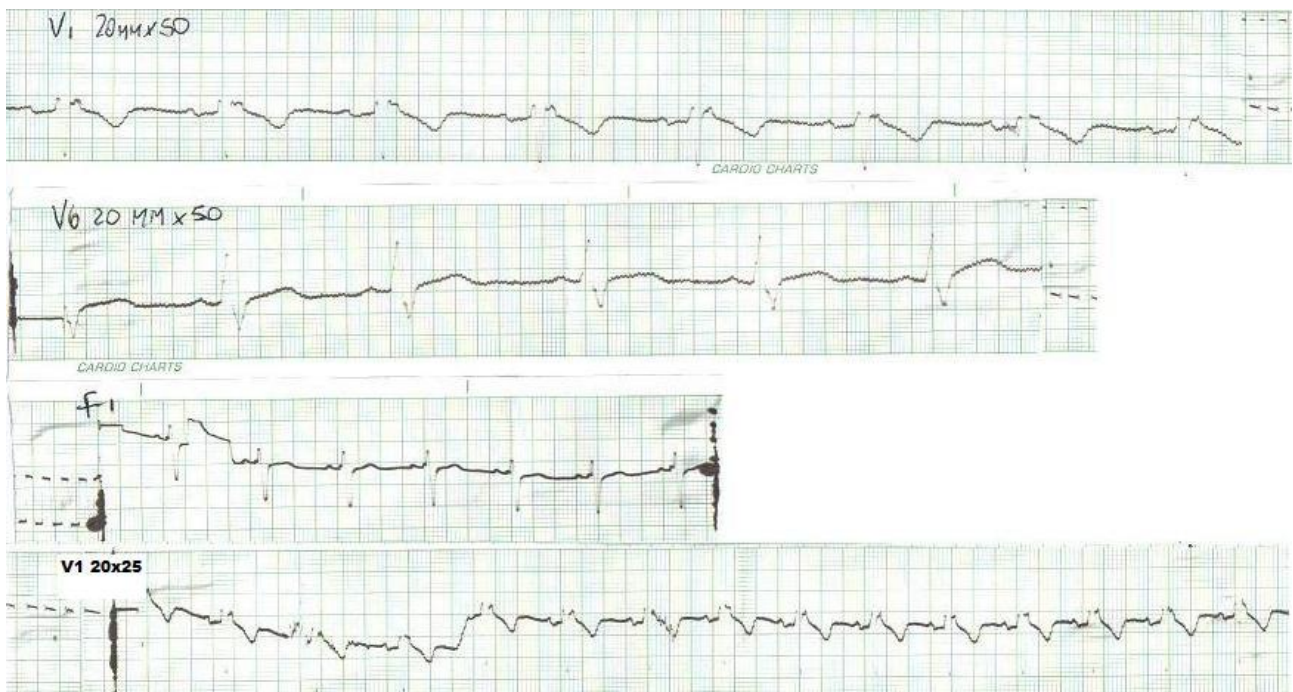
Espero sus opiniones.

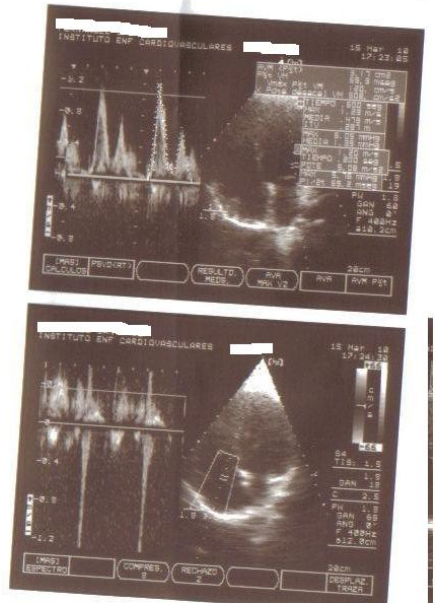
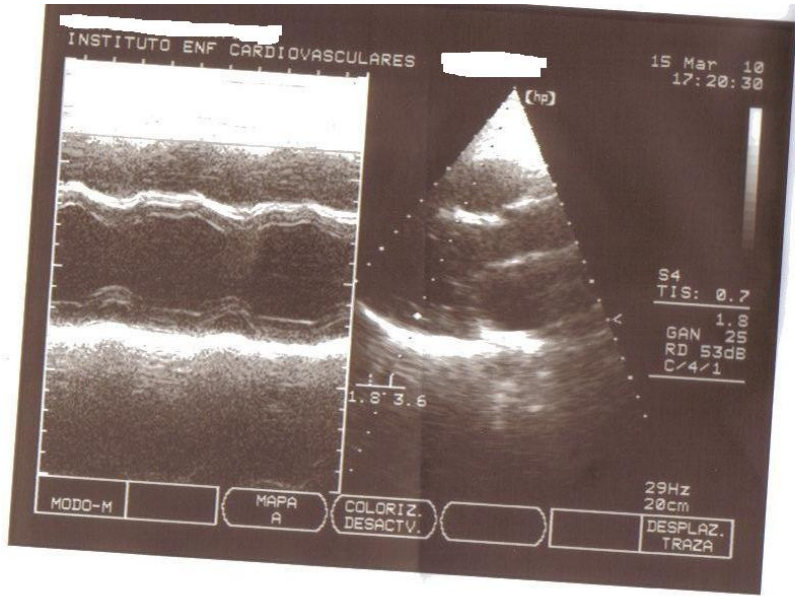
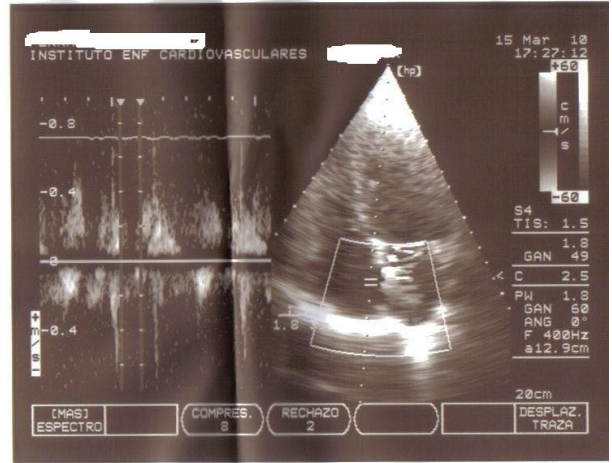
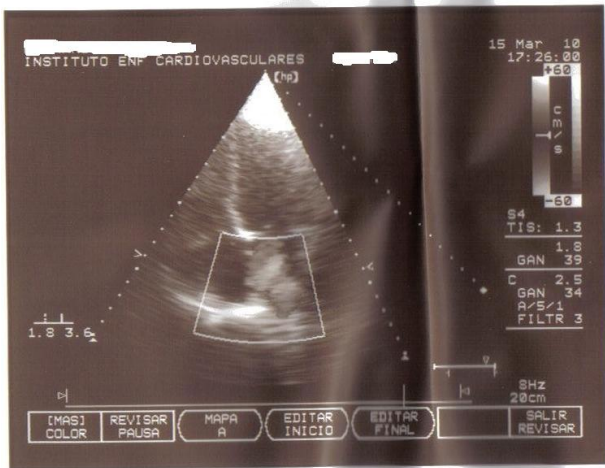
Querido y estimado Maestro Samuel, ud tiene esa capacidad de ver lo que nadie en el ECG, me encantaría su comentario con la tira realizada si cree Ud posible se trate de una ARVD? Sinceramente se lo pregunto.

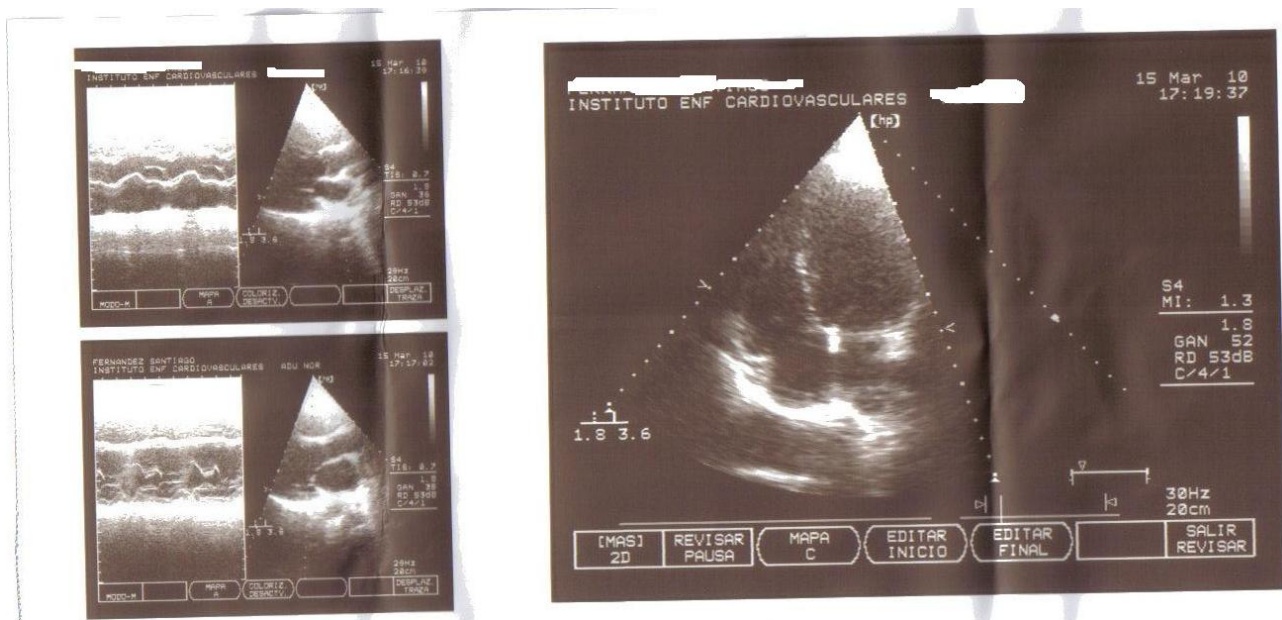
Me gustaría conocer sus opiniones.

Un saludo a todos

Martin Ibarrola







Querido Martin

Por favor sea menos parabólico: ¿qué muestra el ECO?, el foro tiene muchos animales como yo, que entendemos poco de nada, y además de arritmias.

Segundo: ¿qué es lo que ve el Maestro Samuel que nadie mas ve? ¿Onda Epsilon? Con todo el respeto que me merece el Maestro, yo no la veo, porque simplemente este ECG NO tiene onda epsilon.

Ya me jugué el café con medialunas, ponga la RNM así paso a cobrar por caja (y en esa caen Ud, Francisco y el gran Maestro Samuel)

Adrián Baranchuk

Estimado y querido Dr Adrian:

1. En pocas palabras Eco normal, Doppler normal. No shunt no aumento de gradientes transvalvulares ni regurgitaciones ni shunt.

2. Yo no veo justamente esa onda Epsilon Dr Adrian. O mi temor por una ARVD creo quedó atrás.

Ahora obviamente se trata de un WPW desde el principio estuvo Ud en lo cierto.

Luego de los estudios realizados hoy no creí conveniente completar con RMN.

Ahora realizará el Holter, le repregunté palpitaciones, etc y obviamente me volvió a repetir que no.

Así que por ahora se trataría de un WPW asintomático. pendiente Holter (no creo tenga arritmias) y ergo para confirmar el diagnóstico.

Veremos a donde lleva esto y así continuar. Como le decía yo al Dr Femenia. Con paciencia y sin asustar a la madre ir realizándole los estudios.

Y a Ud mi amigo le debo una suculenta comida, eso sí, café con sacarina.

El Maestro Samuel ve los detalles que son difíciles para percibir para la mayoría, y tiene una visión del ECG incomparable. relaciona la vectocardiografía (el Dr Riera en esto me sorprende siempre), con la biología molecular de las miofibillas, son años de conocimientos y experiencia y si algo he aprendido es que la experiencia se gana con canas, buen juicio y conocimientos. No voy a descubrir yo al gran Maestro. No dije me dijera que era una epsilon, yo no la veo tampoco, y yo no me animaría a porque una vez el Dr no estuvo en lo correcto, sus palabras y conceptos cuentan y mucho.

Le mando un saludo muy grande

Martin Ibarrola

Che muchachos, no se si lo que se ve en V1 y V2 sea una onda epsilon, pero tampoco tengo claro que tenga un Wolff! ¿dónde está?

Y explica el eco Martin,

Saludos

Francisco Femenia

Estimado Dr Femenia:

Peso: 41 kg, Altura 1,36 mts

VIDD: 41 mm : VIDS 25 mm ; VDD 18mm; SIV8; PP:8; AI: 33 mm: RAo: 25 mm. AD normal. Masa VI 74,5 g/m²; IM 46,74; ER 0,59. FAC 39% Fey 69%. Válvula aórtica tricúspide, retorno venoso normal. Función sistólica normal. Sin alteraciones segmentarias de la motilidad.

Índice de volumen latido: 36,6 Volumen Minuto 4,41 IC 3.06

Conclusión: estudio dentro de parámetros fisiológicos para edad y sexo.

Doppler: Patrón de llanado diastólico VI y VD normal. Flujos transvalvulares dentro de parámetros normales. Gradientes subvalvulares y valvulares dentro de valores normales. No presenta insuficiencias valvulares. Volumen por minuto 4 lts. No se observan shunt intracardíacos.

Conclusión: Estudio dentro de parámetros fisiológicos para edad y sexo.

Discúlpenme alguien me habia pedido las fotos por eso no lo describí.

No me impresiona ondas epsilon Dr Femenia y fíjese realicé V6 a 20 mm y 50 de velocidad para poder evidenciarlas y no cumple los criterios. Para tener un criterio de que es una onda epsilon debe tener un V6 de menor duración.

Y observe en el F1 que esta en el trazado, no presenta los vectores finales de la onda epsilon y si un vector inicial que sucede a la onda P con un PR de 0,9 mseg que da inicio a la onda R.

¿Por qué piensa se trata de una onda epsilon?

Un saludo Dr Francisco

Martin Ibarrola

Hola a todos.

Como ecocardiografista y aficionado a las arritmias (que sigo con interés desde hace varios años), puedo comentar que con las imágenes aportadas, no hay evidencia de comunicación interauricular de ningún tipo, tampoco en lo que se alcanza de visualizar del ventrículo derecho, pareciera haber alguna pista acerca de la presencia de displasia. Concuero en que si la sospecha de displasia es alta, la resonancia es mejor exámen diagnóstico que el eco.

Saludos desde nuestro movido Chile.

Mario Zapata M

Querido amigo Dr Martin Ibarrola

La imagen que Ud manda, me parece ahora más fehaciente que este complejo agregado está fuera del QRS, siendo positivo predominantemente en V1. Según mi experiencia lo que presenta V1 expresa potenciales derechos. Este complejo aparece después de los 80 ms, No es Brugada, no es RBBB

Puede ser algún potencial tardío como puede ocurrir en miocarditis del ventrículo derecho, ¿como se ve después de un proceso febril viral? Esto sería el mejor de los casos, porque puede ser transitorio, pero si no hay otro diagnóstico es un epsilon. ¿O UD querido amigo Martin va describir un nuevo signo no descrito por ahora, y únicamente este forum , andando destripando ECG'S descubrirá algo nuevo?

Con el máximo respeto, (creando una hermandad universal a travez de la electrocardiología,) y admiracion

Samuel Sclarovsky

Querido Martí, gracias por lo del eco, es normal.

Lo que plantea Samuel es un diagnóstico diferencial, poco probable, seguro, pero diagnóstico diferencial al fin, al mandar el caso al foro te expones a diversas opiniones, la de Samuel, aún con vasta experiencia e investigación puede estar equivocada, pero eso correra por su buen criterio y análisis, ahora bien yo al menos me plantearía la duda, Como creo vos lo hiciste, ¿ahora tiene o no un Wolff?

Definilo y listo, pero ojo que le vas a decir a la madre y padre, abuelos, tíos, primos, hermanos y amigos, el año que viene el chico quiere federarse en fútbol porque alguien le dijo que era el nuevo Messi, ¿lo dejas o no?, ¿descartas que remotamente pueda tener una displasia?. ojo creo que no la tiene, pero si tenés una mínima duda, tenés por el bien del pacientes arbitrar todos los medios para confirmarla o descartarla,

Saludos

Francisco Femenia

Amigo Femenia

No. No le haría un RNM. Y le diría a la madre (si se descarta WPW), que el hijo es un crack y juegue al fulbo, al volley y a cachurra monto a la burra.

Por una muesquita de nada en el ECG, sacudirle a todo el mundo una RNM es un poco mucho, ¿no?

Adrián Baranchuk

Estimado Dr Femenia: totalmente de acuerdo y acá en el servicio con nuestro Maestro personal, él no le impresionaba un WPW, ni una displasia del VD. pero su opinión y tiene una vasta experiencia pero no es EEF.

Esto supongo lo dirimiré con otros estudios aún pendientes, y me conoce Dr. y eso hablaba yo con otro de los cardiólogos del servicio. Yo sin asustar a nadie ni abusar de los estudios diagnósticos, aunque la sospecha sea remota, primero realizara los estudios que ya tenia pedidos. Como dije antes.

Si aún me quedan dudas completaré con los estudios que crea conveniente, y si no es un WPW, y si es una miocardiopatía en estadios iniciales (no me impresiona) o una displasia del VD en etapas tempranas, yo lo puedo completar si no concluyo que es un WPW una RMN, pero la RMN aún en manos expertas en etapas iniciales puede no tener infiltración grasa (eso se presentará con el tiempo).

Por lo que veré adonde y a qué diagnóstico arribo con los estudios primero y de ahí el paso siguiente. No me quiero anticipar a que no voy encontrar nada positivo.

Y si así fuera obviamente no es un electro normal, no voy a enfermar a un chico sin patología actual pero si un adecuado seguimiento (no me entiendan mal hablo en el caso que en el momento actual no encuentre nada que justifique el ECG del paciente).

Le envío un abrazo y justamente es que trato de ser meticuloso en el examen para que realice actividad física con el riesgo habitual de cualquier deportista. Hasta ahora asintomático.

Un abrazo e igualmente cuando termine sus estudios les comentare el diagnóstico.

Martin Ibarrola

Dr Adrián

A eso me refiero. Lo seguiría de cerca pero no lo enfermaría si no es un WPW.

Abrazos

Martín Ibarrola

Amigo Baranchuk

Si tuviera dudas diagnósticas, sí se la hago seguro y si fuera alguno de mis 5 hijos, también,

En este caso en particular, ¿por qué no le hacen de una buena vez una ergometría y listo?, asunto concluido,

Saludos

Francisco Femenia

Por su cobertura medica nadie le quiere hacer una ergometría infantil en Bs As. Y no es una mala cobertura aclaro. Así que me tendré que calzar los guantes yo, no tengo problemas en eso. Tengo que encontrarme un tiempo y listo....así que cuando se la realice les cuento.

¿Y la RMN? espere Francisco...si confirmo un WPW ¿para qué la preciso?

Y si no es un WPW en este momento no tengo otras dudas diagnósticas. Lo mandaré a realizar deportes ya que está un poco gordito y tiene resistencias periféricas aumentadas por lo que sea un probable hipertenso en el futuro, así que a bajar de peso, deporte y seguimiento.

¿Por qué no le haría una RMN en esta etapa? porque tiene un VD totalmente normal, no presenta (me falta Holter y ergo) una sola EV, no tengo más que una imagen a mi juicio de un retraso de las fuerzas finales de la rama derecha pero no una onda epsilon. Ni ECG sugestivo de ARVD.

Obviamente le pedí una serología para Chagas, aunque me refiere epidemiología negativa, no sea cosa que sea adoptado y la madre no me quiera decir (perdón esto último es una especulación mía únicamente).

Un abrazo y queridos ambos cuando tenga los resultados les comento.

Martin Ibarrola

Perfecto Martín, descarta el WPW y a otra cosa, ya que no tenés dudas,

Yo lo planteaba por lo que dijo Adrián, si yo tuviera alguna duda, le hago la resonancia y esto no quiere decir que ande por la vida pidiéndolas, fijate en la revista de FAC, presentamos un caso con DAVD, muy lindas imagenes de angioresonancia, saludos

Francisco Femenia

Perdon me olvidé, ¿por qué no le quieren hacer una ergometría?, ¡mandáselo a José Moltedo y listo!

Martín:

¡Qué lindo casito amigo.... por el eje de entrada ya uno podía sospechar de preexcitación. ...!

Pero.... tenía que largar algo más.... también por el eje podía ser un *atrial septal defect* tipo ostium primun..... o bien ostium secundum con rotación del eje....

Advertí que no había signos de dilatación auricular ni derecha ni izquierda....

El tema como envié en el primer mail, era polemizar un poco.....

El ECG de tu paciente, se parece mucho, mucho al que colocan en la publicación de Circulation; otra vez.... con distinto eje.....

Gracias Martín por traer este fantástico caso al foro.... nos enseñás siempre con estos casitos.... espero conocerte algún día....

Un abrazo

Jorge Palazzolo

Jorge

Permitime, sin abusar, corregir algunos aspectos de como encarar y seguir casos:

1. Vos decís: por el eje de entrada ya uno podía sospechar de preexcitación....

¡Eso es incorrecto! Si te fijás, los 5 algoritmos para identificación de vías accesorias y el último de Fitzpatrick para determinar preexcitación NO mencionan el eje. El eje es un hermoso dato accesorio para el diagnóstico ECG, pero NUNCA debieras usarlo para empezar a guiar tu diagnóstico. Por ejemplo: sería un error decir:-uhmm tiene eje a la derecha debiera ser un TEP, etc etc

Primero el análisis completo, luego la incorporación del eje para ayudar a sostener un diagnóstico

2. también por el eje podía ser un *atrial septal defect* tipo ostium primun..... o bien ostium secundum con rotación del eje....

Esto contiene DOBLE error, ya que entrarle por el eje a una cardiopatía congénita es difícil (con muchas de ellas derivando el eje en la misma dirección) pero además, YA SE MOSTRO EL ECO Y ES NORMAL. Por favor, para facilitar y agilizar la discusión, no vuelvas sobre tu idea, que YA fue descartada.

3. Luego dices: El ECG de tu paciente, se parece mucho, mucho al que colocan en la publicación de Circulation; otra vez.... con distinto eje.....

Aqui pareces un disco rayado amigo. Ya diste la referencia (gracias) ese caso NO tiene nada que ver con el planteado, no veo la necesidad de que vuelvas una y otra vez sobre el tema.

Yo me parezco a Pérez Riera, soy varón, latino, nos gustan los ECG. Pero NO por eso me voy a cosiderar SER Riera!!! (que más quisiera yo tener un poco de su brillantez!)

4. Me parece que no sintonizamos con el verbo POLEMIZAR.

Esto es un foro CIENTIFICO, mi querido Mingo (dicho sea de paso murió por un WPW no tratado) y Sofovich polemizaban en un bar. me gustaba. Esto es otra cosa. Espero me entiendas.

Te aprecio mucho y estos puntos son de buena fe. Ojala te sirvan. Yo los aprendi del mismo maestro que te enseñó a vos. Debemos seguir el precepto.

Adrián Baranchuk

Estimado Jorge seria un gusto conocer a muchos de los integrantes de aquí del foro, estaría como convivado de piedra porque no conozco a ninguno en persona, estaría más perdido que perro en cancha de bochas.

Ya le dije al Dr Femenia que cuando tengan un evento me avise, no soy EEF pero me encantaría compartir con muchos de Uds y ponerle caras a los mensajes que dirijo. No me creas gran cosa soy un simple cardiólogo clínico, adoro la medicina, soy un privilegiado de la vida puedo hacer lo que más me gusta (medicina) y puedo vivir de ello, soy siempre un agradecido de todo lo que me tocó aún las piedras en el camino, me han hecho crecer.

No escondí datos, mirá los fotos, yo lo presenté e hice los estudios después (fijate la fecha del eco), y todavía no está resuelto, lo presenté porque me pareció interesante y yo tenía mi diagnóstico presuntivo y siempre es interesante confrontar ideas y conceptos y diagnósticos diferenciales.

En mi egoísmo personal debo reconocerlo al presentarlo, aprendo yo, el Maestro Samuel me ha hecho repasar todo lo que habia de ARVD este fin de semana y amigos como el Dr Adail me aportaron material, el maestro Adrian como defender mis conceptos y el Maestro Femenia o vos como descartar los diagnósticos diferenciales por el análisis del ECG y no por estudios.

Yo he aprendido de todos Uds, y todavía para mi paciente no ha terminado. esa es otra historia.

Un abrazo

Martin Ibarrola

