

# Joven de 18 años portador de pectum excavatum – 2016

Dra. Analía Streitenberger

Dr. Le envío este caso.

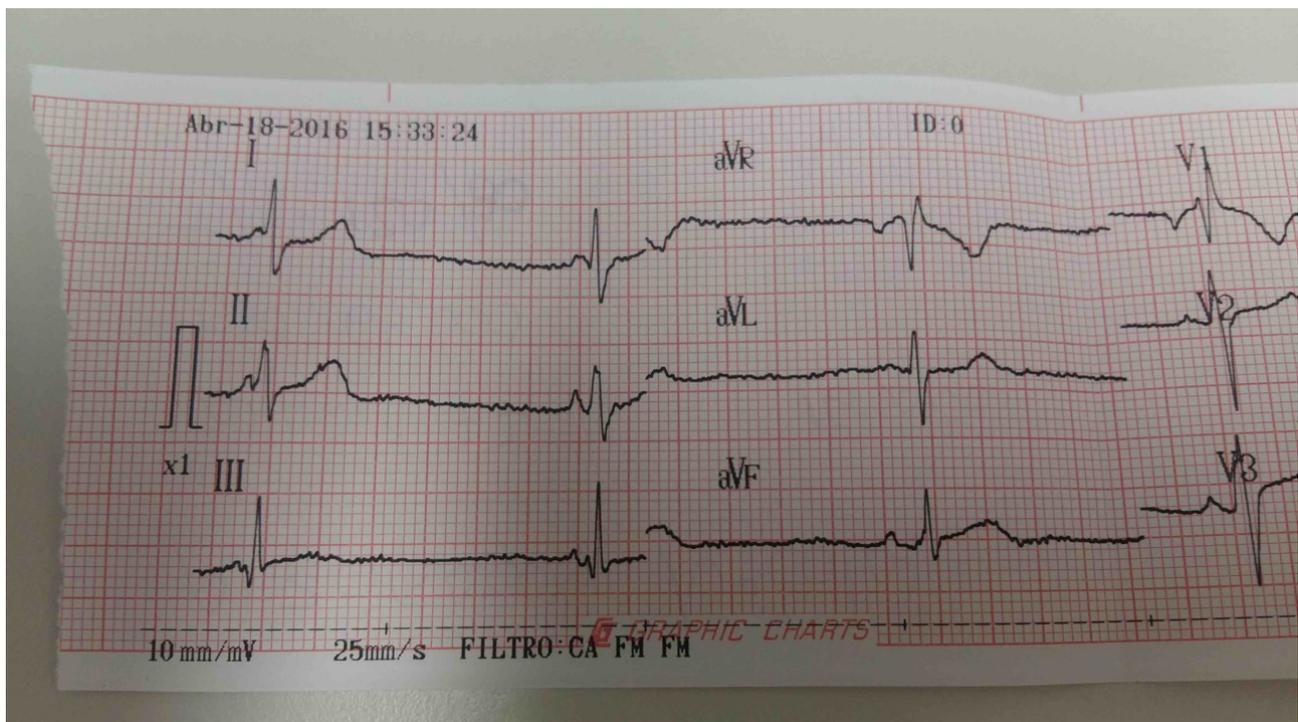
Joven de 18 años, asintomático, consulta para control deportivo. Sin antecedentes.

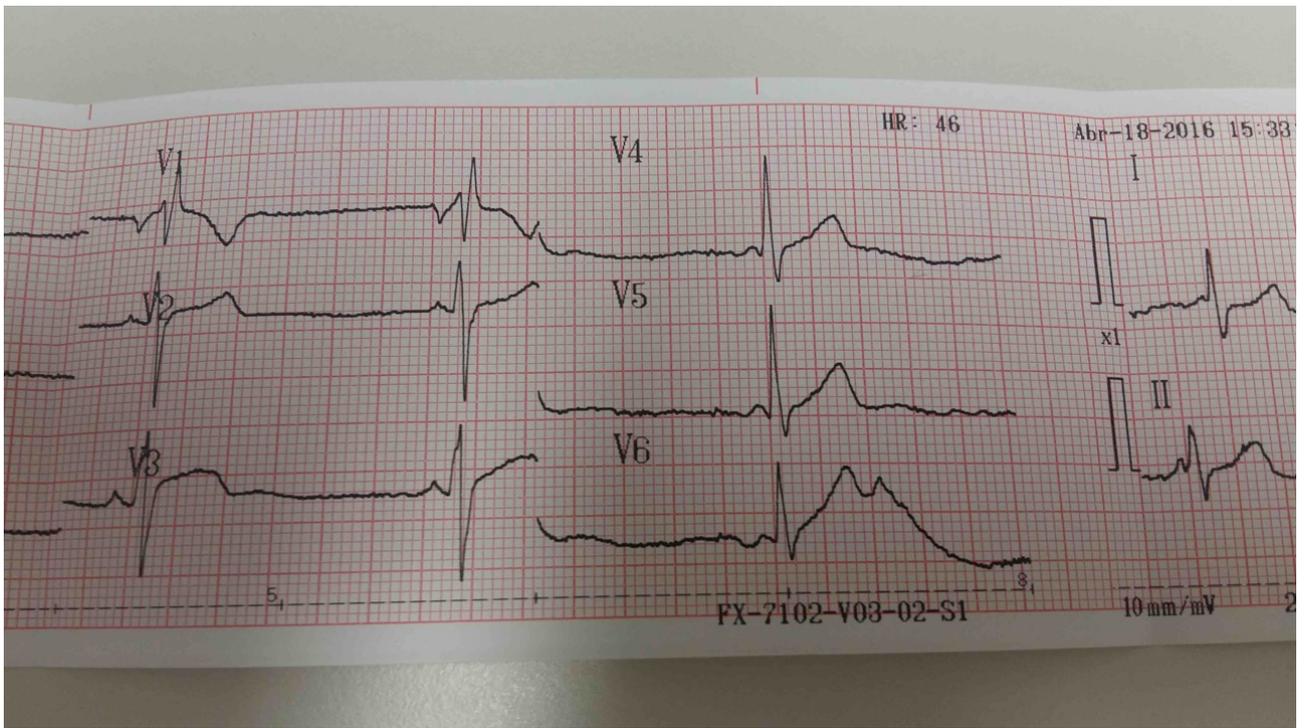
Solo portador de pectum excavatum.

Quisiera comentarios sobre su electrocardiograma.

Gracias

Analía Streitenberger





## OPINIONES DE COLEGAS

El ECG muestra bradicardia sinusal con escape de la unión (fisiológico en este paciente).

Hay un bloqueo de rama derecha que puede ser sin importancia, pero en jóvenes siempre trato de descartar una comunicación interauricular.

Saludos,

Mario D.González

---

Es un típico ECG del pectus excavatum. Podría registrarse V1 en la posición más baja. Esta maniobra puede normalizar el patrón de bloqueo incompleto de rama derecha y la morfología de la onda P.

Raimundo Barbosa Barros

Si doctores, muchas gracias, voy registrando todas las sugerencias y cuando el paciente regrese, realizaré todas las maniobras que me recomiendan.

Muchas gracias. Estoy a la espera del doppler cardíaco

Anaía Streitenberger

---

Es conveniente registrar V1 y V2 altas y baja y V2RV3R.

Buen día,

Gerardo Nau

Hola muy buen día a todos..

Sobre el ECG veo una bradicardia sinusal y pareciera que están altos el V1 y V2 por el patrones de SAI y BCRD..

PERO SOLO en V1 tiene 0.12 seg en las derivaciones tiene 0.08seg

Se parece a un Brugada....

Igual realizar nuevo ECG con electrodos correctos

Espero sus valiosas opiniones

Marilina Ortega

---

Estimada Analía Streitenberger:

Las características del ECG en el pectus excavatum son las siguientes

1. Onda P/bucle P tiene siempre orientación posterior en el PH esto es responsable por:
2. Onda P totalmente negativa en V1 en el 85% de los casos.
3. Se observa patrón trifásico rsR' en 40% de los casos (Su caso muestra patrón trifásico de tipo rsR'). La presencia de r' o R' final en V1 no significa necesariamente trastorno dromótopo en la rama derecha mas despolarización de la parte basal del ventrículo derecho en el tracto de salida del VD, así como las partes más altas del septum interventricular.

Además, el vector de activación medio de estas regiones está orientado hacia delante y hacia la derecha, ya sea como consecuencia de hipertrofia/dilatación de estas porciones basales o debido a una rotación marcada del corazón dando un patrón que nosotros denominamos atrás o final de conducción por una de las divisiones de la rama derecha.

4. El patrón QR se registra aproximadamente en 20% de los casos y en el 10% el patrón es el normal (rS) en V1

En los casos con onda Q inicial en V1 concomitantemente se puede observar desproporción entre la pequeña amplitud del complejo QRS en V1, en comparación con la amplitud del QRS de V2. Este es considerado un criterio indirecto de sobrecarga auricular derecha como lo demostrara Sodi-Pallares y Calder (1956) y representa la transmisión de los efectos eléctricos derivados de las partes basales del septo interventricular a las derivaciones precordiales derechas a través de una aurícula derecha grande.

En otras palabras, la cámara auricular derecha, se encuentra exactamente frente del electrodo explorador de V1 lo que permitiría la transmisión directa a V1 de los potenciales de intracavitarios (imagen intraatrial izquierda).

5. El eje en el PF se encuentra entre -100 y +110 grados, con una orientación hacia atrás en el plano horizontal en todos los casos. El eje eléctrico se encuentra desviado a la derecha en  $\approx 45\%$  de los casos.

6. Inversión y muescas de las ondas T de V1 a V4 son los hallazgos más notables. La correcta aplicación de los electrodos precordiales es difícil, por la deformidad torácica.

En aquellos casos más graves en los que hay compresión de las cámaras cardiacas derechas por la deformidad torácica (tracto de salida, se ha informado negatividad de las ondas T en precordial derechas. En tales casos, la compresión mecánica que afecta al epicardio puede producir un retraso en el inicio de la repolarización en esta área o hasta una fenocopia Brugada. El grupo del genial Adrian ha sentado las bases para diferenciar un Brugada verdadero de la fenocopia.

Estos autores relaciona los siguientes requisitos

### **Criteria to differentiate the Brugada electrocardiogram pattern, Brugada phenocopy and true congenital Brugada syndrome**

Brugada ECG pattern

The ECG pattern has a type 1 or type 2 Brugada morphology as currently defined by Bayés de Luna et al

Diagnostic criteria for BrP

The ECG pattern has a type 1 or type 2 Brugada morphology

The patient has an underlying condition that is identifiable such as the present case

The ECG pattern resolves after resolution of the underlying condition

There is a low clinical pretest probability of true BrS determined by lack of symptoms, medical history and family history

Negative provocative testing with sodium channel blockers such as ajmaline, flecainide or procainamide

Provocative testing not mandatory if surgical RVOT manipulation has occurred within the last 96h

The results of genetic testing are negative (desirable but not mandatory because the

SCN5A mutation is identified in only 20% to 30% of probands affected by true BrS)

**Features that suggest true congenital BrS**

The ECG pattern has a type 1 or type 2 Brugada morphology

There is a high clinical pretest probability of true congenital BrS determined by presence of symptoms, medical history and family history

Positive provocative testing with sodium channel blockers such as ajmaline, flecainide or procainamide. This indicates sodium channel dysfunction consistent with true BrS

Genetic testing is positive in about 20% to 30% of probands

Andres R. Pérez Riera