

**Paciente masculino de 58 años
que en un viaje a R. Dominicana
curso con neumonía y FA
paroxística y que a posteriori
presenta dilatación de cavidades y
trastornos de conducción - 2016**

Dr. Adrián Baranchuk

Querido Edgardo

Caso

Varón 58 años. En Abril 2015 viajó a Dominicana, donde presentó cuadro de fiebre altísima y tos. Se diagnosticó Neumonía. FA Paroxística.

Al volver a Canada, Eco con dilatación global, mala FVI.

En Noviembre de 2015 se presenta en Ritmo sinusal con el ECG 1. El eco es completamente NORMAL.

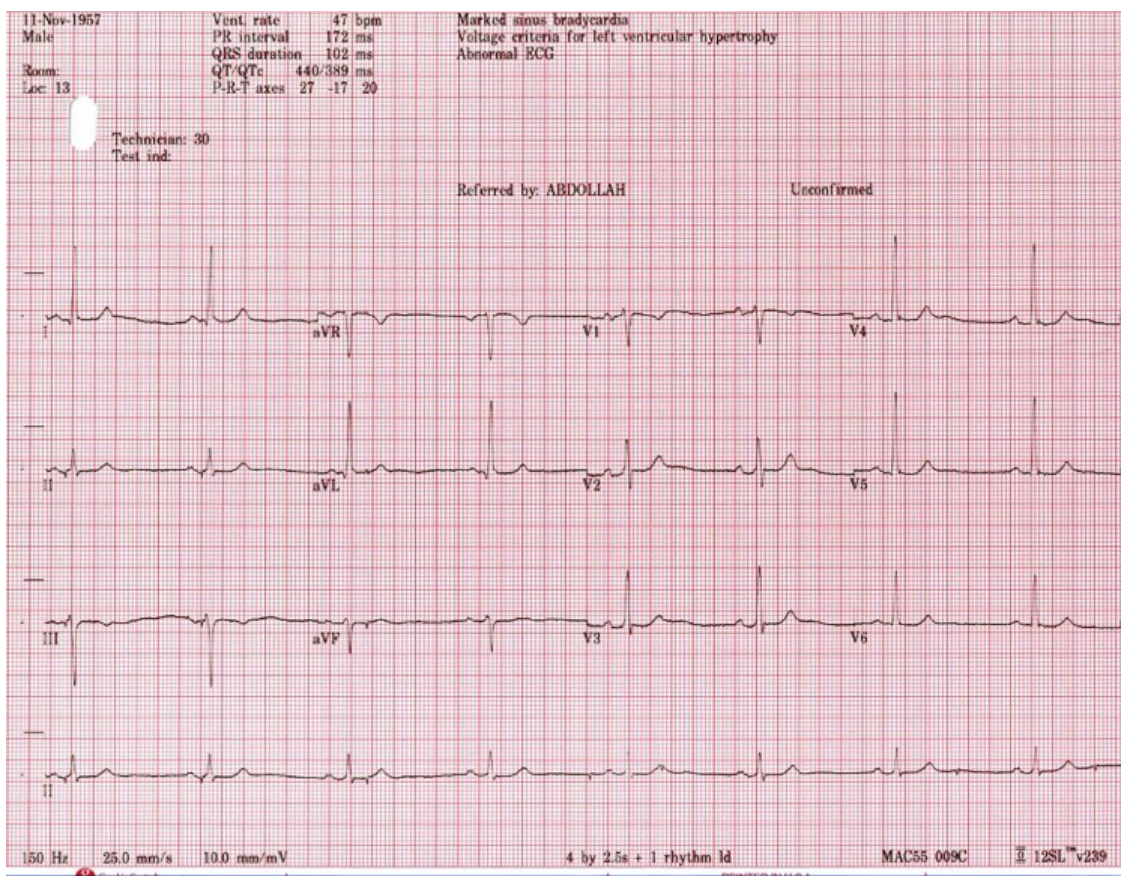
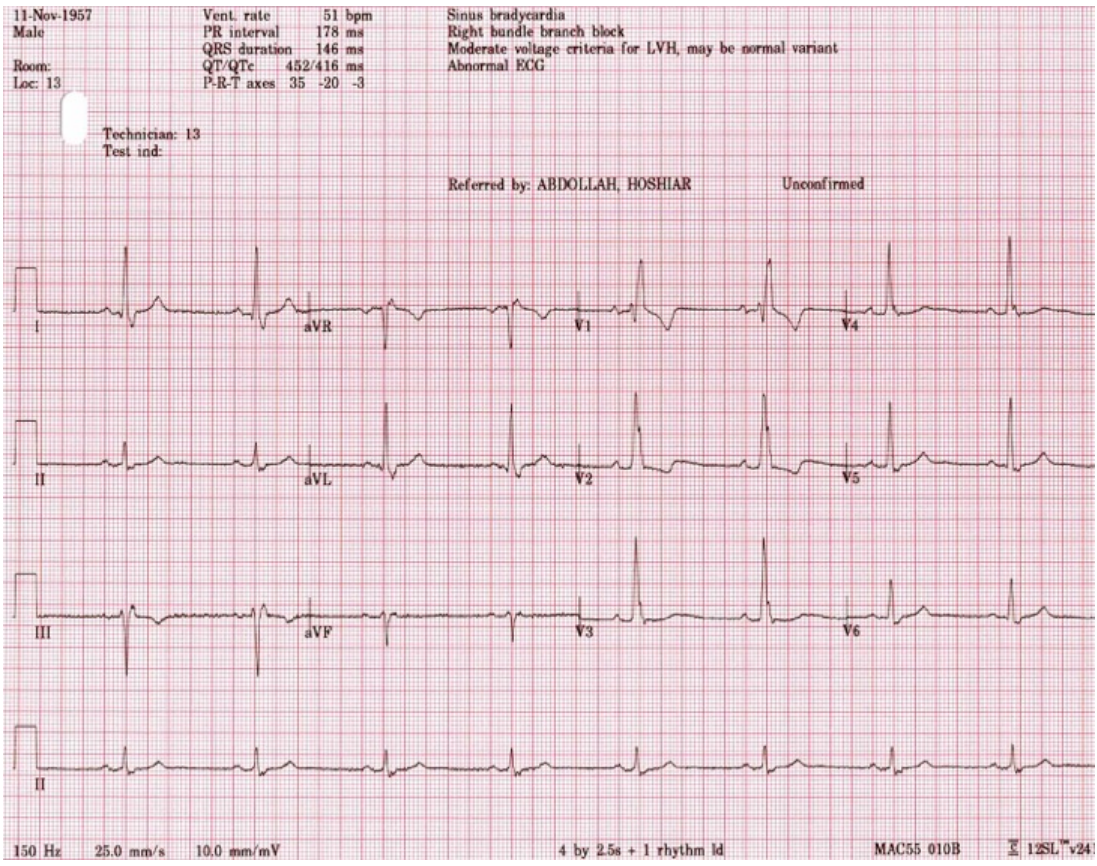
En Mayo 2016 viene a chequeo, se siente perfecto, ritmo sinusal con el ECG 2.

Hay cambios obvios. Quisiera que especularan en lo siguiente:

1. ¿Qué tipo de trastorno de conducción tiene el paciente ahora, que se correlaciona con BUENA función ventricular izquierda, VD normal?
2. ¿Qué proceso patológico creen que puede estar involucrado?
3. ¿Qué le harían?

Saludos.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC



OPINIONES DE COLEGAS

Por el proceso infeccioso (fiebre, tos, neumonía) acompañado de FA paroxística y posteriormente miocardiopatía dilatada con mala FSVI pensaría en un proceso de miocarditis aguda que también comprometió al sistema de conducción. En el 1 ECG se ve un RS + BRD de alto grado con probable bloqueo del fascículo septal medio o con hipertrofia del ventrículo derecho. Todos los procesos se solucionaron aparentemente. Como seguimiento solicitaría una cardio - RMN y un Holter de 24 horas.

Saludos.

Diego Villalba Paredes.

Perdón Diego

Los ECG fueron subidos al revés.

El ECG 1 es el que solo tiene LAFB

El ECG 2 (actual) es el que tiene el trastorno más serio y se acompaña de Eco absolutamente NORMAL.

Perdón por la confusión. Espero tus comentarios ahora que la historia está bien contada.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Buenas tardes

Por lo descrito clínicamente estamos en presencia de una miocarditis con un bloqueo de rama. Que es en estos casos por edema e inflamación de sistema de conducción. Dentro de sus etiologías con diagnóstico de neumonía pensar en las neumonía virales sin descartar la posibilidad de influenza o parainfluenza que dentro de las causas virales que con más frecuencia producen miocarditis con dilatación aguda del ventrículo. Recordar los brotes de influenza que se han extendido al Caribe en los últimos años. Los Coxakies virus también puede ser causas. Pero bueno en estos momentos definir el germen es un poco difícil sólo me gustaría recordar estas posibilidades lo otro es que el trastorno de conducción creo que fue más como complicación de un proceso infeccioso que como una enfermedad primaria del sistema de conducción.

Si el paciente está asintomático con eco normal y revirtió el trastorno de conducción y la dilatación cardíaca lo seguiría con eco y EKG.

Lo otro con marcadores de inflamación como PCR, Eriyrosedimentación. Y de sospecharse una etiología infecciosa con posibilidades de estudios inmunológico específicos como anticuerpos para determinados virus donde exista un laboratorio con recursos lo indicaría

Saludos

Dr José E. Castellanos

Hola Jose

Gracias por su comentario. Sólo para decir que el ventrículo mejoró pero el trastorno de conducción empeoró.

¿Qué trastorno de conducción cree Ud que tiene el paciente?

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Buenas noches estimado Adrián, aparte de las etiologías enumeradas por mis colegas, en una región tropical, agregaría, dengue, zika y chikungunya (falta algo de la clínica clásica de estas virosis) y Chagas. Como describen también mis colegas miocarditis o pancarditis. Me llama la atención en el primer ECG, "artificios" sobre todo en tira de ritmo D2, en latido 1 y 2 antes del QRS, en el 3 sobre ST, en el 5 antes de P y sobre T y en 7 y 8 lejos de T. Pasa casi un año y aparece un trastorno de conducción de rama derecha, con probable crecimiento derecho. Las virosis generalmente no deberían dejar secuelas en sistema de conducción, ¿pero el Chagas?

Solicitaría serología para Chagas, Holter, RMN para descartar patología previa de VD, que ahora haya "despertado" x decirlo de alguna manera.

Pero como siempre UD debe tener un As bajo la manga.

Cordialmente.

Espero ansioso su devolución!

Dr Juan Carlos Manzardo

Hola Juan

Repito, el Eco hecho la semana pasada es NORMAL!!!! No hay dilatación del VD ni del VI.

Tal vez Edgardo nos pueda decir si hay Chagas en Dominicana, porque el paciente es Canadiense y lo de Dominicana se manifestó como fiebre muy alta y tos. Creo que Ud estaría pensando en un Chagas agudo...Sería raro para un tipo que se la pasó en un Resort...

En su casa tiene acceso a un bosque, y aquí la Lyme Disease es endémica. Hemos pedido todas las serologías mencionadas y un RNM. Repito, paciente asintomático.

Andrés, ¿Ud qué piensa del ECG?

Adrián Baranchuk

Estimados colegas: Yo diría que la única diferencia entre el primer y segundo ECG es la presencia del BRD en el segundo. No está asociado a otros trastornos de conducción, los cambios de la repolarización ventricular son secundarios al BRD y no veo signos de agrandamientos cavitarios. Por supuesto que hay que descartar cardiopatía que lo condicione, pero el BRD puede deberse perfectamente a una enfermedad de Lev o de Lenegre (cambios degenerativos del sistema de conducción sin compromiso miocárdico) Cambiando la frecuencia habría que ver si el BRD es intermitente frecuencia dependiente.

El Chagas debe descartarse con serología y epidemiología. y el compromiso miocárdico en principio por ECO y RMN. Abrazo

Gerardo Juan Nau

Queridos amigos:

Decididamente hay Chagas -es decir transmisión vectorial- en los países caribeños....
pero jamás escuché que hubiera en las islas caribeñas Cuba, Haití, R. Dominicana

Igualmente envié la consulta al Foro de Chagas y tal vez puedan desasnarnos
distinguidos colegas dominicanos que pertenecen al FIAI

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Hola Adrián:

¿No será que hay una isquemia que desencadena el BCRD y el HAB? En el libro de
hemibloqueos de Rosenbaum se menciona esa posibilidad.

Saludos

Eduardo Quiñones

Hola profe Adrián

Realmente un caso para pensar. Cuando vi el caso lo entendí al revés que el bloqueo mejoró No que empeoró.

Pero bueno siendo así como lo ratificó posteriormente creo que la base infecciosa es el primer diagnóstico.

Si quería comentar algo; en el Caribe por lo menos en Cuba no está identificada La enfermedad de Chagas, no sé en Dominicana lo que puedo decir que como algo de la práctica médica sólo vi dos Chagas crónicos en dos estudiantes Bolivianos que regresaron a su país y Enfermedad de Lyme sólo hay reportados 3 casos en la historia de la infectología los tres se recoge el antecedente de haber visitado una base de campismo en Pinar del Rio la provincia más occidental. Uno de ellos fue paciente mío durante mi residencia. Y por lo general esta enfermedad lo que predomina son las lesiones del SNC y lesiones cutáneas con rash, endarteritis realmente las manifestaciones de la conducción cardiaca no las recuerdos creo que no es lo más frecuente.

Por otro lado pacientes con neumonía pueden hacer miocarditis y pueden existir fibrosis miocárdicas que lesionan el sistema de conducción. Lo de Chagas si puede ser un diagnóstico a tener en cuenta aunque en esta región no he visto documentado dicha enfermedad.

Lo que si siguiendo la opinión de los demás colegas y la evolución del caso hay que decidir por descartar grupos causales primero la etiología infecciosas ya sea con estudios serológicos. La RMN sería de utilidad y la etiología isquémica es otra a tener en cuenta Bueno usted pondrá su sabiduría al final y nos nutriremos

Dr. José E. Castellanos

Estimado Gerardo

El Eco es totalmente normal. El BCRD se desarrollo ente Noviembre 2015 y mayo 2016. Le pedí un Holter para ver el comportamiento del mismo. El eje a la izquierda se mantiene en ambos ECG. ¿Tiene para vos un LAFB de base?

La pregunta a la cual Andrés, no se si esta muy ocupado preparando charlas para Mallorca o que, tampoco Raimundo opinó, es por el incremento desmedido de las fuerzas anteriores (*Predoinant Anterior Forces*) con un V2 de más de 15 mV. Mi pregunta es: ¿tiene este paciente ademas, un bloqueo de las fibras mediales o septales? Si las tiene, y de base tiene un LAFB y desarrolla ademas un BCRD, este hombre está conduciendo sólomente con un ramo de fibras posteriores...

Dado que la progresión llevó solo meses, asociado a lo que parece ser alguna forma de miocarditis;....¿cómo lo seguimos? ¿Con ECG seriales? ¿Con algo más? ¿Alguien sería prudente y le pondría un MP de manera profiláctica?

Está claro que la miocardiopatía retrogradó, pero el trastorno de conducción empeoró...

Para el colega que opinó sesudamente en etiologías: el paciente es canadiense y vive en mi pueblo, donde la *Lyme disease* es endémica! Vivimos rodeados de ciervos, que son transmisores predilectos del bichito de la Lyme!!! ¿Por qué quiere serología para Chagas, cuando solo pasó una semana en un resort dominicano, en vez de primero ver lo primero...?

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Hola Jose E.

El paciente está asintomático y el LAFB está en ambos ECGs! Isquemia parecería ser una posibilidad remota, ¿no crees?

Una de las cosas que aprendí en los últimos años, se grafica muy bien con la relación entre *Freud* y *Jung* (perdón Edgardo que me meto en tu área de conocimiento!).

Le preguntaban a una mujer muy versada en Psiquiatría moderna, quien era más grande, si Freud o Jung.

Ella respondió:

“Freud es un gigante. Jung es un enano. Pero Jung esta parado en las espaldas de Freud, y por ende, puede ver más lejos”.

Lo mismo creo yo, aplica a la cardiología y a las arritmias en particular. Hay que animarse a pararse en las espaldas de los gigantes, para ver más lejos, más aún hoy en día que contamos con catalejos de ultimísima generación. Claro está, es posible que cada tanto nos caigamos y nos demos un coscorrón, pero eso puede servirnos de estímulo para volver a trepar, y volver a mirar. Ojalá me entiendas lo que quiero decir.

La mujer que dijo lo que cuento mas arriba se llamaba “**Julia Zwillinger**”.

Era mi madre.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Querido Adrián:

¿Por qué sostenés tan vehementemente que existe en ambos ECGs un LAFB (Hemibloqueo anterior izquierdo)?

¿No debiera acaso tener una S más profunda en D2? ¿Y que SIII > SII?

En cambio, las FAP (fuerzas anteriores prominentes) sí me impresionan como debidas a compromiso medio septal

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Hola Edgardo

Yo no sostengo "vehementemente" sino que digo: Me parece que tiene un LAFB, pero hay gente como Gerardo, Isabel, Andrés, que de esto saben mucho más que yo. Si no lo tiene, que se me explique el porqué y porque tiene un eje a la izquierda tan marcado. Me parece que la SIII es > SII, ¿a vos no?

¿Las FAP son por BCRD o por BCRD mas bloqueo septal?

No lo se, por eso pregunto.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

The key is to have "strong opinions, loosely held".

Sergio Pinski.

Estimado Adrián,

Yo respondí como estaban el orden de los ECGs, viendo el primer ECG es normal con patrón de HVI (AVL mayor a 11 mm), y en el segundo ECG veo un RS + BRD de alto grado atípico por las fuerzas anteriores de V1 - V3, eso podría hacerme pensar en un bloqueo del fascículo septal (quise decir "medio"), aunque dicho fascículo aún es discutido y no universalmente aceptado, o una HVD (pero el eco es normal). No veo en el plano frontal ningún criterio de HBAI.

Saludos

Diego Villalba Paredes.

Estimado Adrian. El diagnóstico de HBA no depende de las ondas S solamente, sino del eje eléctrico. Para diagnosticar AFB o HBA completo el eje debe estar muy cerca de -60 grados. El HBA incompleto debe tener Q1 y S3 pero con un eje más allá de -30 hasta -60 grados. El eje del trazado está entre más allá de 0 y -20 grados (predomina positivo en D2 = R mayor que S pero es negativo en aVF) . Espero haber aclarado mi posición, con cordiales saludos

Gerardo Juan Nau

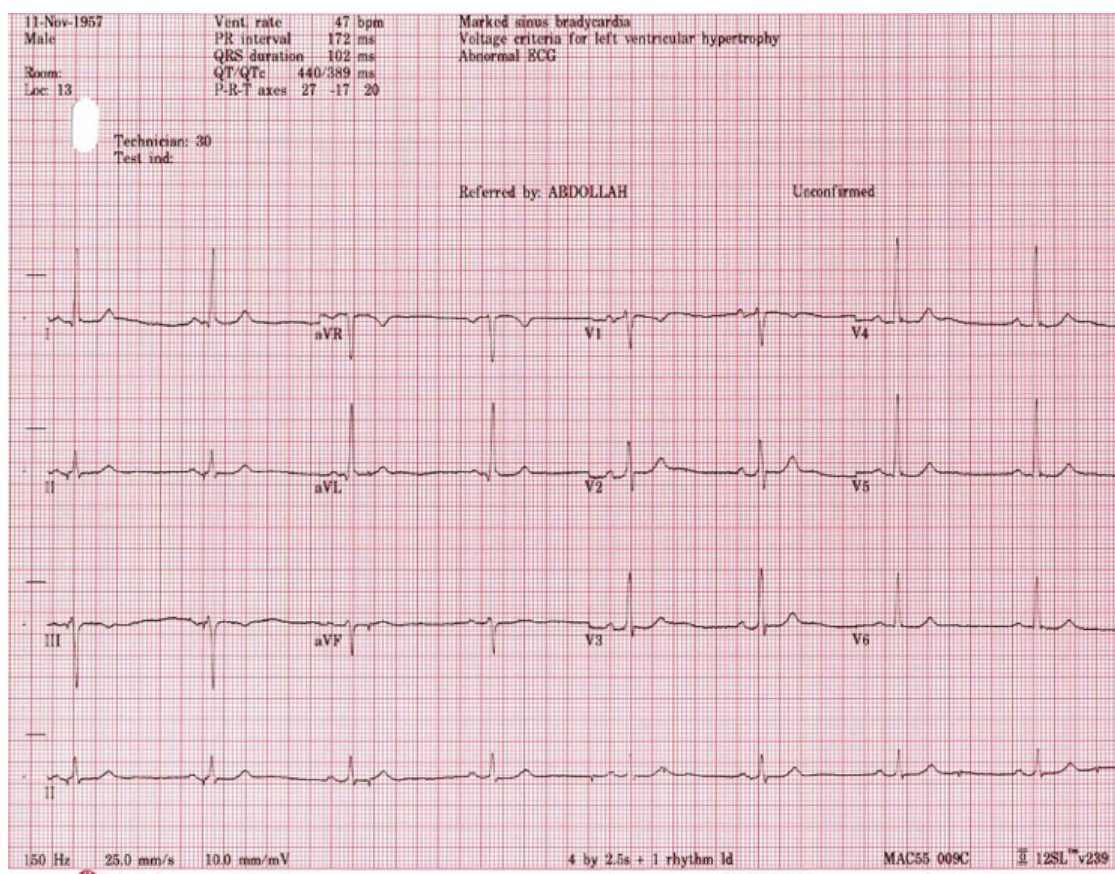
Querido Adrián:

Tal como explicó Gerardo no me impresiona que haya un HbAI porque no veo el eje eléctrico más a la izquierda de -60°

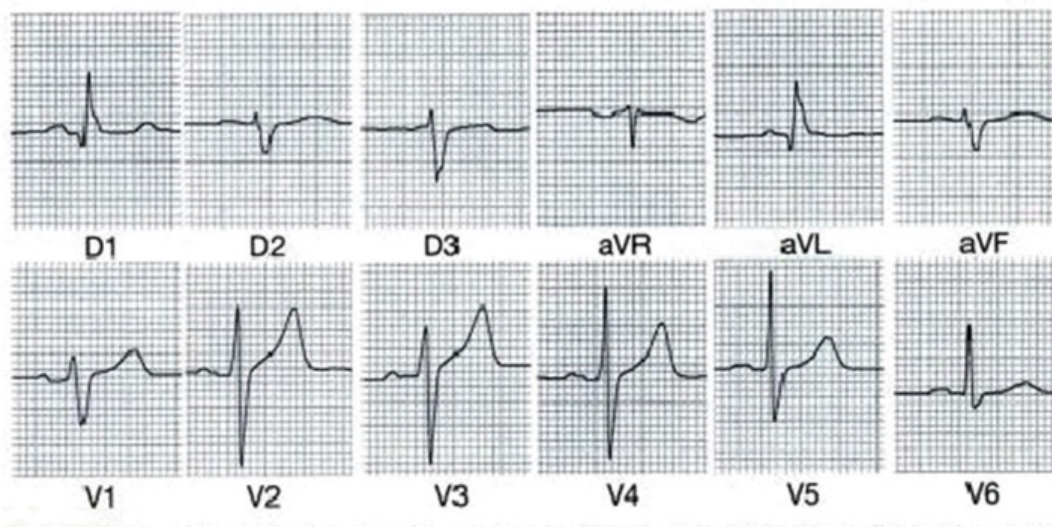
Compará tu ECG con uno de colección con un HbAI donde podrás ver la S profunda de DII aunque SIII > SII donde el eje sí está más allá de -60°

Un abrazo

Edgardo



HEMIBLOQUEO ANTERIOR



Hola Adrian: vos referís que viajó en avión y presentó un cuadro interpretado como neumonía con fiebre y aparición del BCRD con FAP y eje desviado a la izquierda y FA. Un TEP podría perfectamente traer estos cambios ECG y manifestaciones.

¿Descartaron no presentara signos de TVP? Se encuentra descripto TEP luego de viajes en avión aún sin signos evidentes de TVP.

¿Sabes si realizaron algún diagnóstico para descartar el mismo?

Me encanta el diagnóstico de Lyme pero no presentaba signos neurológicos asociados según referís.

La bradicardia podría bien explicarse por drogas que recibió para su FA y no ser una manifestación de enfermedad de Lyme.

Un abrazo

Martín Ibarrola

Hola Martin

Creo que no presenté bien este caso.

Voy de nuevo:

58 años, varón.

Abril 2015: Viaja a un Resort en Dominicana. Fiebre MUY alta y tos. Dto neumonía, recibe antibióticos. Eco a su vuelta, mala Fye (35%), FA paroxística, revierte sola.

Noviembre 2015: Es el ECG 1 que presenta eje a la izquierda (ya me han retado que NO tiene LAFB, sino un eje a -20). Paciente ahora asintomático.

Mayo 2016: Paciente asintomático, ECO Normal. ECG 2 con eje a la izquierda, BCRD, V2 15mV.

El BCRD se desarrolló entre Noviembre y Mayo una vez resueltos todos los síntomas.

Ninguna evidencia de TEP, no se lo buscó, pero no tiene NINGUN criterio clínico de TEP.

Espero haber contado mejor la historia. Saludos, nos vemos en Mallorca!

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Gracias Adrián por la aclaración! ¡Nos vemos en Mallorca!!

No te olvides las bermudas!

Un abrazo grande

Martín Ibarrola

