

Paciente masculino de 53 años con episodios paroxísticos de taquicardia desde 2007 – 2016

Dr. Ricardo Corbalan

Paciente masculino de 53 años con episodios paroxísticos de taquicardia desde 2007 .
Tres episodios x año sin tratamiento permanente. No refiere antecedentes de cardiopatía
isquémica Serología negativa para Chagas? dudosa

ECG 1 ingreso taquicardia QRS angosto revierte con amiodarona IV No se envía ECG
post reversión inmediata.

ECG 2 se obtiene a las 48 hs en consultorio ambulatorio

Son todos los datos que poseo hasta el momento

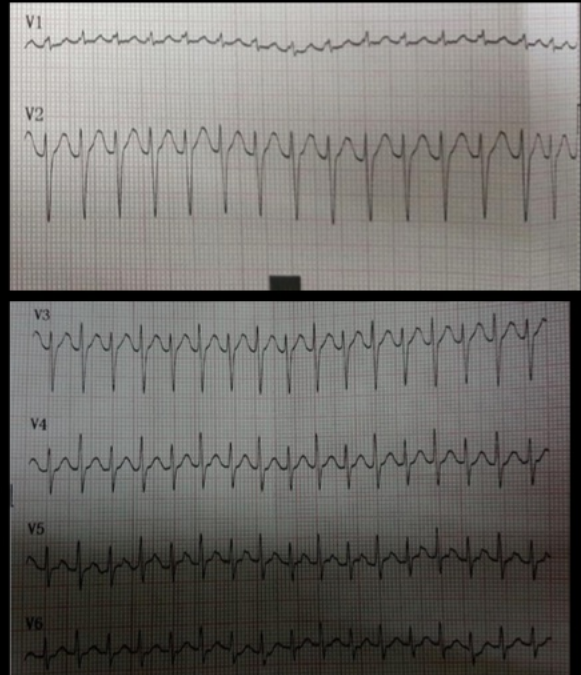
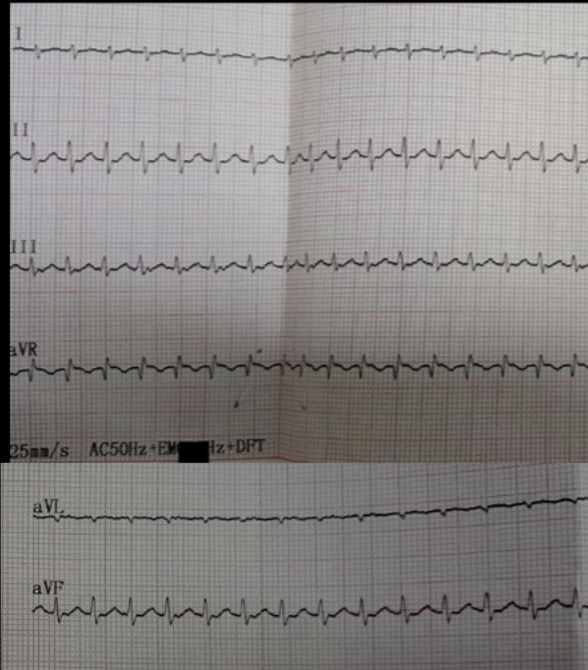
Me gustaría conocer la opinión de los colegas del foro sobre este paciente conducta
diagnóstica y terapéutica eventual

Muchas gracias.

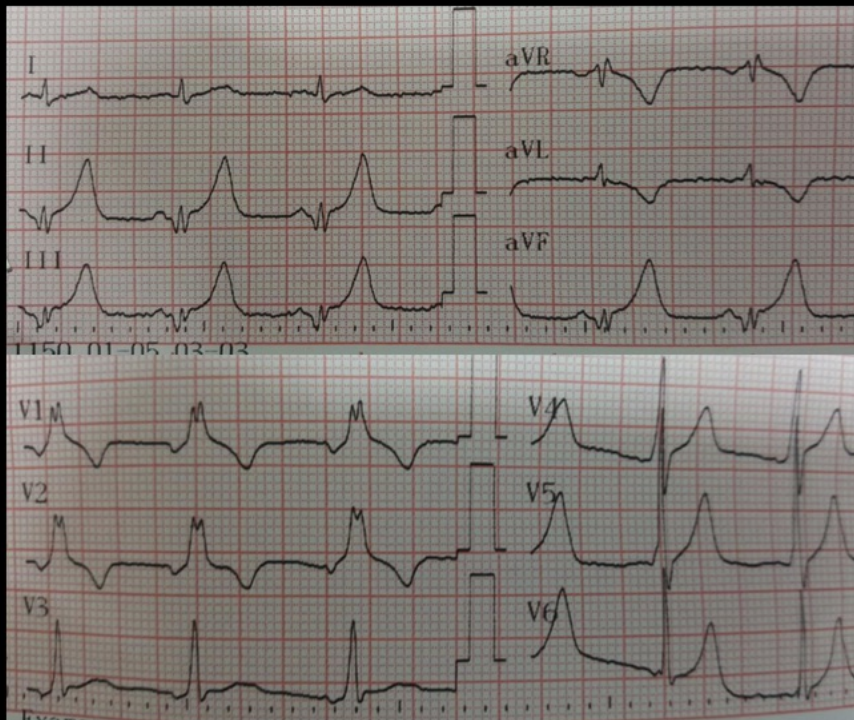
Disculpas por la la desprolijidad en la imagen del 1 ECG ya que fue obtenido en sala de
urgencia

Ricardo Corbalan

Taquicardia



Post reversión con amiodarona



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Ricardo

Mi opinión

1- el ECG durante la taquicardia muestra QRS seguidos por onda P, con $RP < PR$ pero RP más de 80ms sumado a alternancia de los QRS lo que sugiere una TRAV por vía

accesoria usando nódulo AV como brazo anterógrado y la vía accesoria haz de Kent como retrógrado. Es decir una reentrada ortodrómica

2- el ECG en ritmo sinusal muestra un empastamiento claro de ascenso R especialmente en V4 lo que avalaría un síndrome de WPW por vía accesoria haz de Kent localización lateral o pósterolateral izquierda ya que los QRS se dirigen hacia la derecha en el plano frontal

saludos cordiales

Juan José Sorena

Gracias Juan por tu pronta respuesta destruyendo el mito de que los santiagueños dormimos mucho.

El trazado en taquicardia nos había generado alguna duda por la morfología en V1 y alguna variabilidad en la longitud de ciclo de la misma aunque parece ser un artefacto. .
Muchas gracias por tu comentario.

Ricardo Corbalan

Hola Ricardo

Un gusto tener noticias tuyas

Es así; yo también vi esa variabilidad de unos latidos pero pensé en problemas de velocidad de papel.

Después me comentás a que diagnósticos llegaron.

Un gran abrazo de santiagueño

Dormimos mucho pero pensamos mucho durante el mismo

Juan José Sirena

Buenas tardes amigos santiagueños! Los mendocinos x dormir siesta! Concuerdo con Juan José. Pregunto, el latido que aparentemente se frena el papel se ve en primer papel, entre el 8 y 9 latido; ¿por qué no se ve en el resto de trazado? ¿Son ECG distintos? ¿Cuántos canales tiene el electrocardiógrafo?

Cordialmente,

Dr Juan Carlos Manzardo

Estimado Juan de Mendoza

Me parece que en V1 V2 la morfología de P es +/- tal vez colocadas altas para - en VR para mí el ritmo es sinusal

No es un paciente de nuestro centro sino de un ex residente que lo ve por primera vez . Estoy de acuerdo que el tratamiento debe ser ARF incluso por su edad. Se le solicitó ECO para descartar patología asociada y Holter en espera de resultados. Consultaré sobre posibilidad en su País (Bolivia) de realizarlo.

Gracias por tu opinión.

Ricardo Corbalan

Hola

En Bolivia esta el genial Mauricio Arce (creo que en Santa Cruz de la Sierra, pero no estoy seguro). Se formó con el otro genial mendocino, Dr Francisco Femenia.

Seguro que Mauricio puede hacer esta ablación, si el paciente está en su zona de influencia.

Saludos,

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Gracias x la aclaración Dr Corbalán; hago clínica cardiológica, y meto la nariz en el foro para aprender.

Dr Adrián, el "loco" Femenia. Nos ve varios de nuestros pacientes. Un abrazo cordial.

Gracias x sus enseñanzas!

Juan Carlos Manzardo

Hola amigos y Ricardo

Dice un santiagueño : *mama mi levantao con unas ganas locas de laburar y contesta la mamá :y que vas hacer mi hijo y el santiagueño contesta: me vua acostar hasta que me pase*

En serio ahora, el 9 latido es por el artefacto que produce el doblez del papel creando una ilusión óptica de que está más cerca.

Juan José Sirena

Querido profe Edgardo, el caso del envío el Dr Corbalan, caso que le mando un colega

Los electros no son normales. Tiene un bloqueo de rama derecha. Pero lo más interesante es que DIII las S tiene un voltaje de más de 15 mm y las R en aVL mide más de 15mm. Está fuera de las cifras normales

¿Y que indica esto? Que el músculo basal está hipertrofiado en el área derecha de este músculo ¿Y por qué digo el área derecha? Porque va acompañado por una muy pequeña q y una R alta en V2 más de los 10mm, sugiriendo una hipertrofia del 1/3 superior del septo izquierdo ¿Y por qué vienen frecuentemente juntos ? Porque forman una unidad anatómica formando el tracto de salida del VI

Mientras tanto esta hipertrofia es muscular, respuesta inicial de sobrecarga sistólica, sería la etapa de las hipertrofias fisiológicas en adultos. ¿Cuándo se convierten en patológicas? Cuando las ondas T se aplanan en DI y DIII. DI y la onda T se invierte en aVL. Esto sugeriría que la base cardíaca comienza a fibrosarse, cuando aparece ST deprimido en DI, aVL indica una fibrosis reactiva , y entonces ya no responde al tratamiento. Más del 50% desarrollarán fibrilación auricular paroxística, en caso de sinus taquicardia al esfuerzo o una subida transitoria de la presión arterial periférica-

Con el ecocardiograma, se verá únicamente la hipertofia septal alta, pero no la base cardíaca. Y esto es porque la base cardíaca está escondida detrás de la válvula mitral Y quienes son los describe, ,el sofisticado magnética resonancia y el pobre Viejo no sofisticado desmerecido ECG

¿El Dr Corbalan es el famoso profesor Chileno?

Un fraternal abrazo
La discusión está abierta

Samuel Sclarovsky

é

Estimado Juan José

Opino igual mirando detalladamente lo que pasa que el 1 ECG llegó sólo Ahí tuvimos dudas sobre el mecanismo de la TSV con el segundo ECG 2 se confirmó prácticamente reentrada AV pero me resultó igualmente interesante en cuanto a diagnóstico diferencial potencial.

Gracias por los comentarios.

Abrazo

Ricardo Corbalan

