

**Adolescente femenina que
presentó dos episodios de
pérdida de conocimiento cuyo
ECG muestra ondas T negativas –
2020**

Dr. Pedro Chiesa

Envío este paciente adolescente (sexo F) que consultó por dos episodios de pérdida de conocimiento con antecedentes de hermano de 18 años que presentó síncope de esfuerzo y no concurrió a control

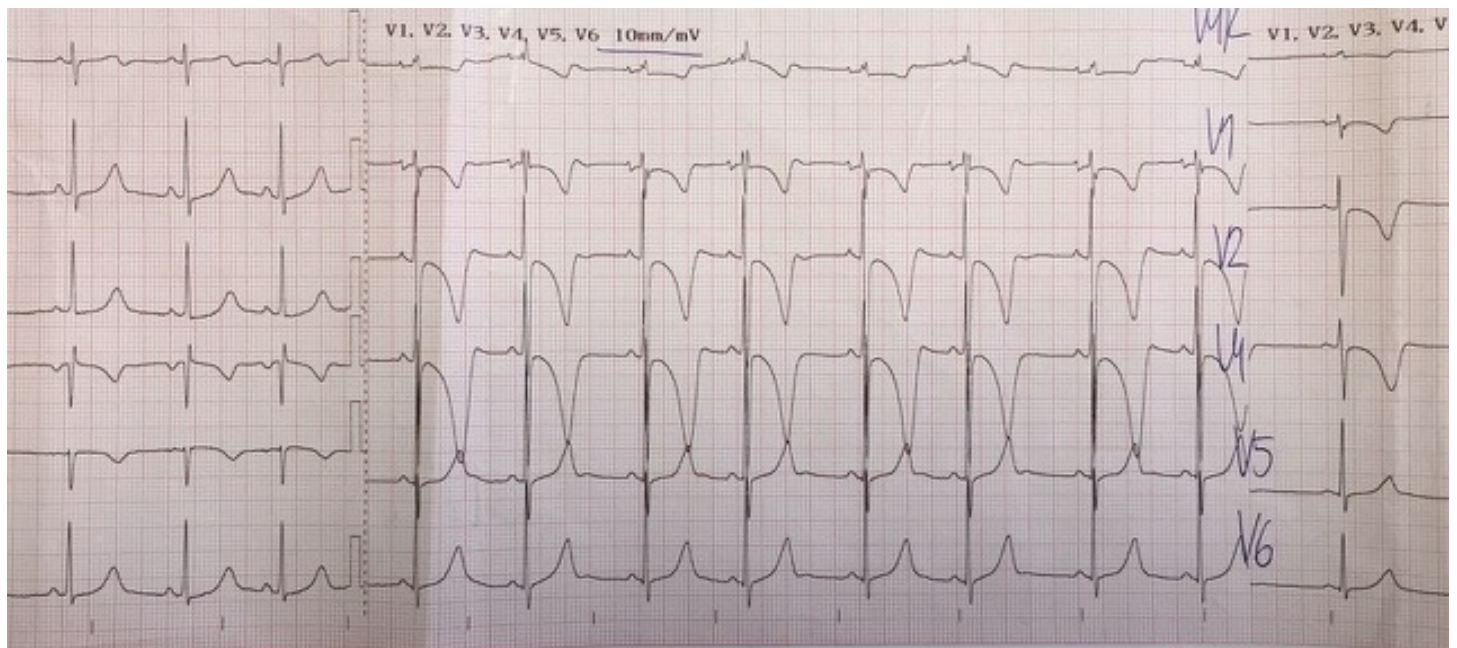
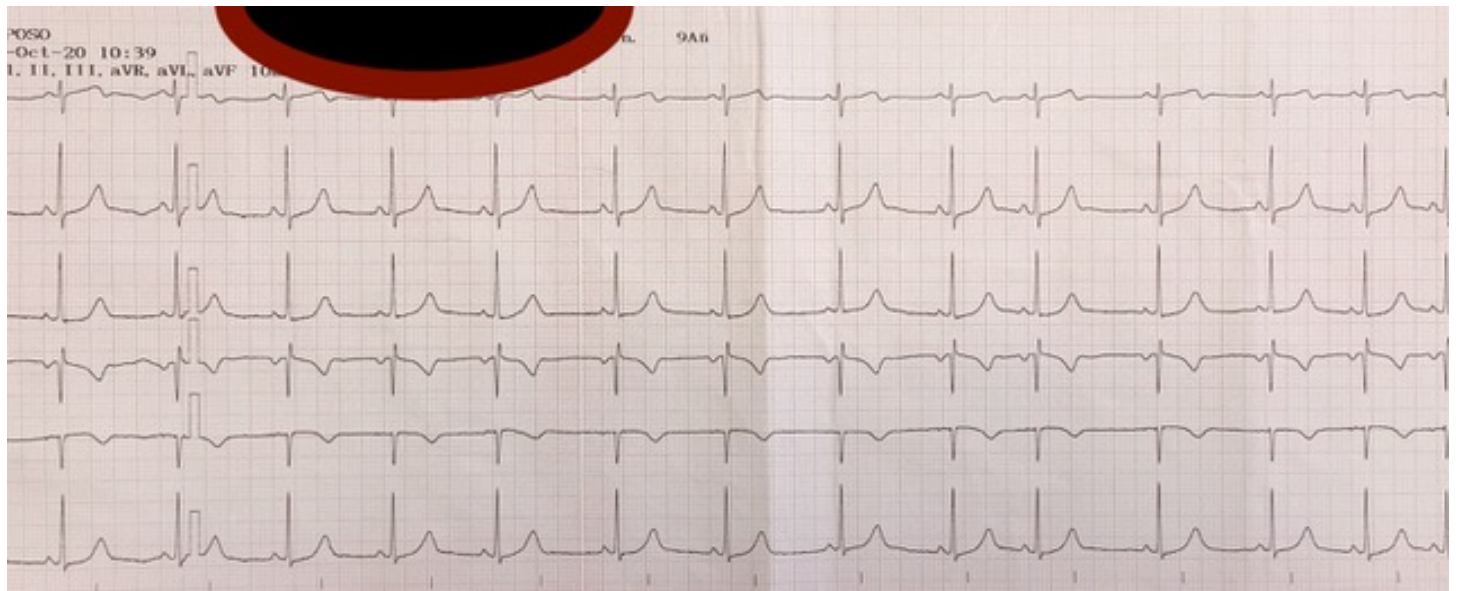
Examen CV normal. Ecocardiograma normal

Agradezco opinión del foro

Saludos a todos

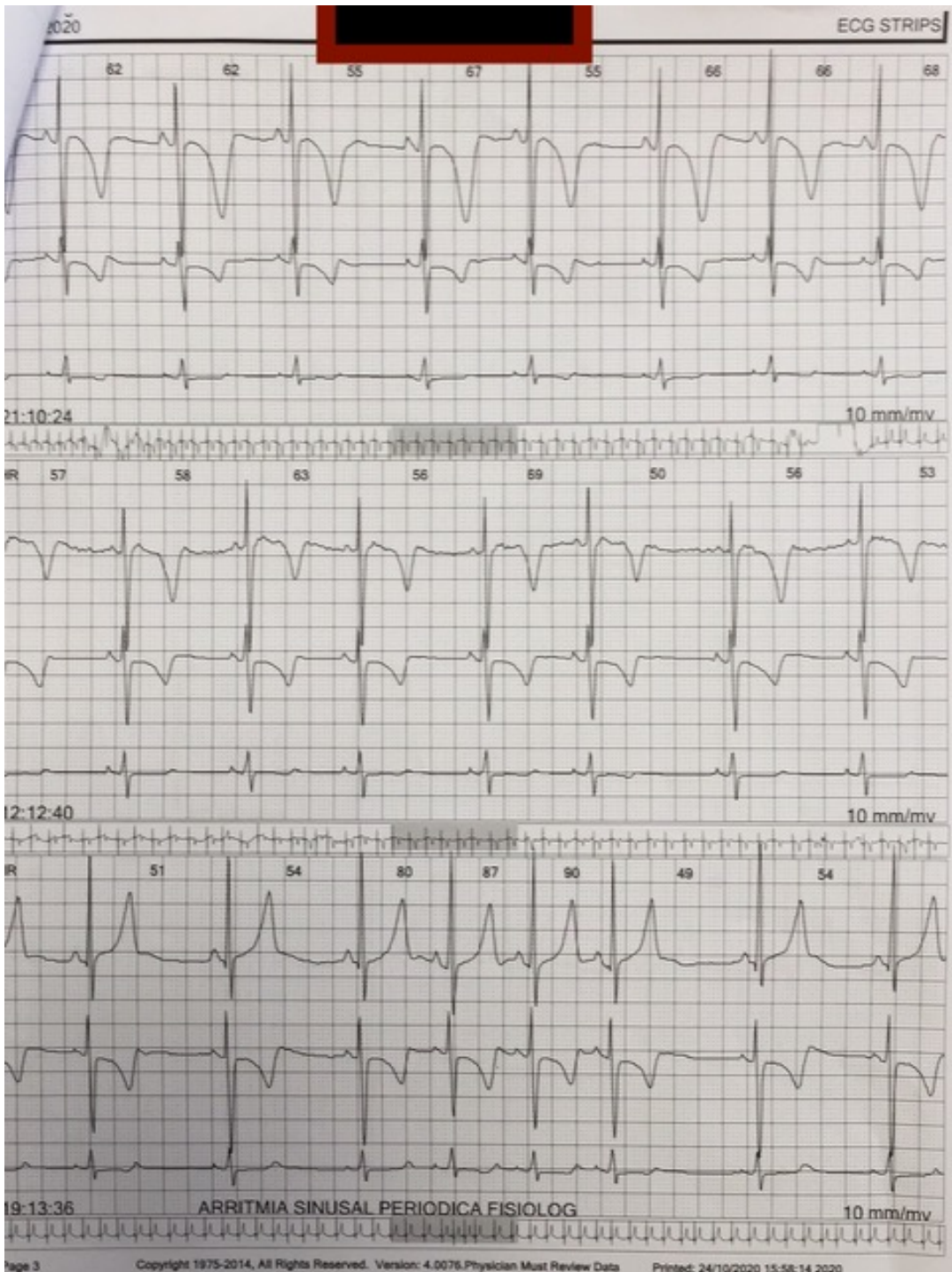
Pedro Chiesa

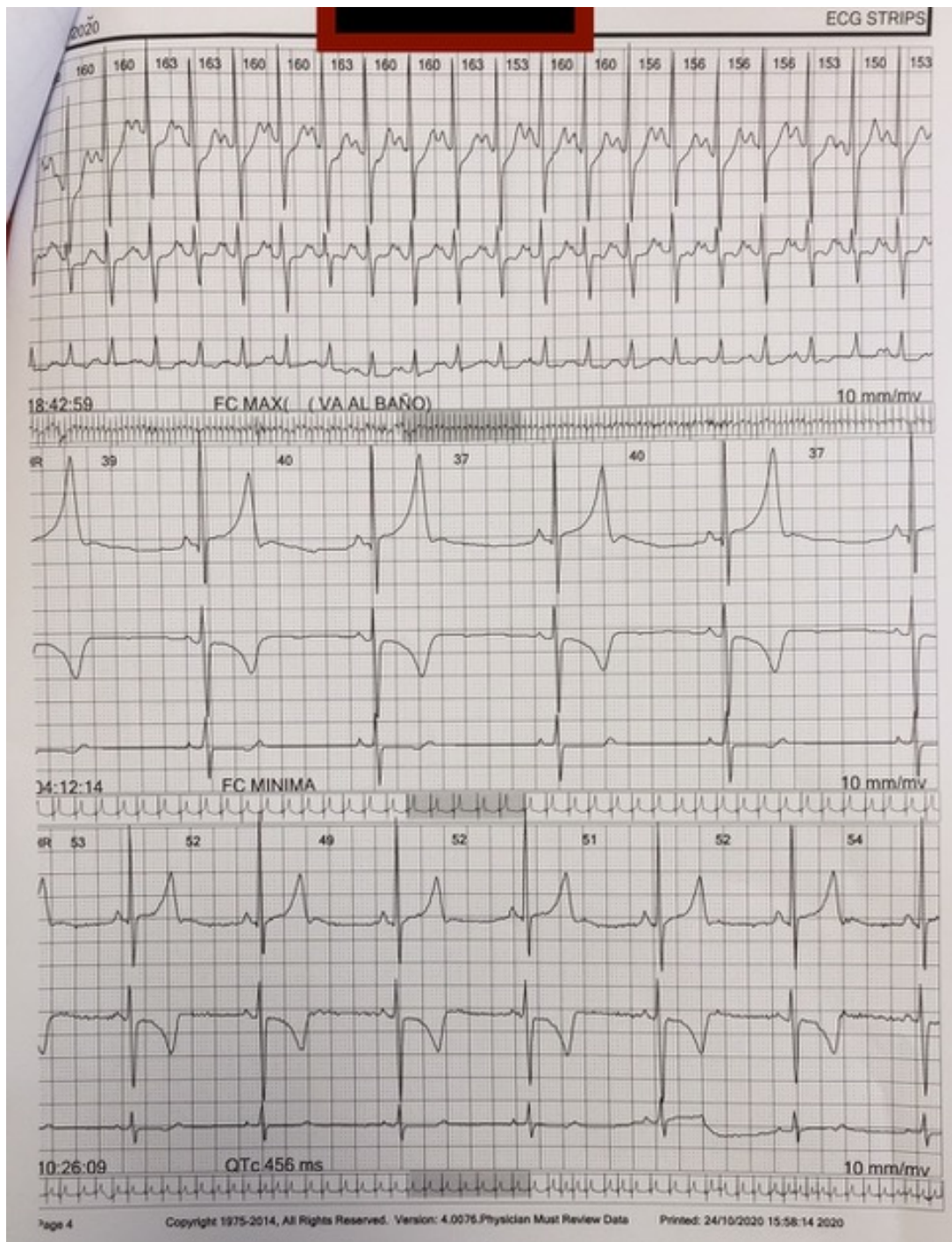
Uruguay

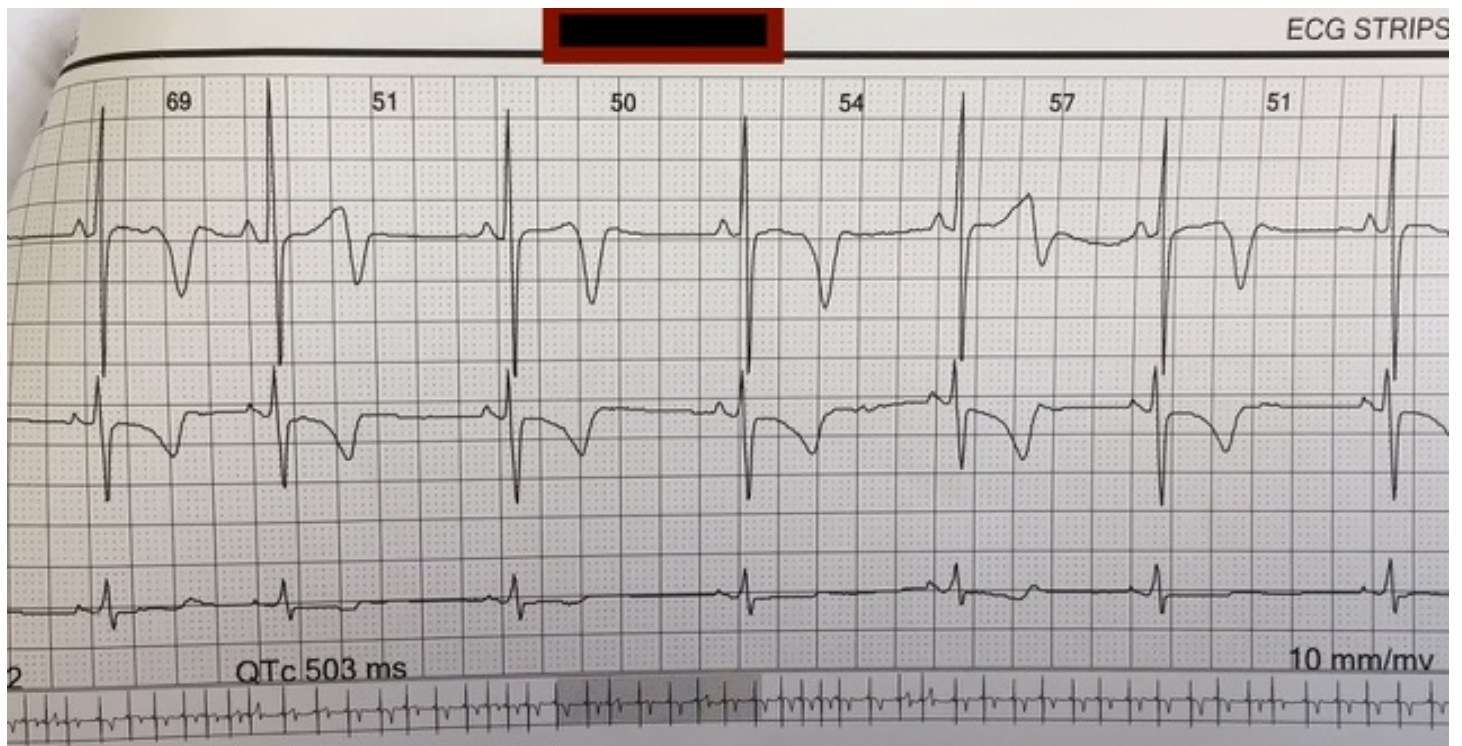


CONCLUSIONS

Ritmo sinusal con instancias de arritmia sinusal, periodica, fisiologica.
 La frecuencia cardiaca promedio fue de 62 cpm, con una FC minima de 39 cpm a las 04 12 hs y una FC maxima de 160 cpm a las 18 42 hs.
 No se registraron arritmias.
 No se registraron pausas sinusales significativas, ni otras alteraciones de la conduccion.
 Intervalo QTc prolongado para determinadas frecuencias. (503 ms).
 Alteraciones de la repolarizacion a valorar(inversion intermitente de onda T).
 La paciente no relata sintomas.
 Adecuada respuesta cronotropica.







OPINIONES DE COLEGAS

Hola muy interesante: es una miocardiopatía hipertrofica probablemente apical.

¿Cuánto se ve en el ECO?

Un saludo

Martín Ibarrola

Gracias Martin mi planteo es el mismo pero en el ecocardiograma no evidenciaron ninguna alteración

Pedro Chiesa

¿Esas T no pueden ser memoria electrotónica de una arritmia que haya tenido?

Daniel Ortega

Los cambios de las ondas T pueden preceder no se correlacionan con el grado de hipertrofia. Además si presenta obstrucción dinámica medio ventricular los gradientes en reposo pueden ser bajos y se incrementan con el ejercicio o Maniobra de Valsalva.

Una RNMC confirmará el diagnóstico.

Las T de modulación deberían ser opuestas a la mayor deflexión del QRS. Las T son negativas de V1 a V3 y no el resto de precordiales y no se observan cambios similares en las derivaciones de los miembros para sospechar modulación electrotónica por una TV.

Un saludo

Martín Ibarrola

¿No se podría pensar en DAVD? ¿a pesar de no verse onda epsilon?

Graciela

Hola amigos

En principio, la onda T en precordiales es T gigante por ser más de 10 mm semejando una "gaviota volando"

Esto evoca fuertemente una Miocardiopatía hipertrófica apical o S [.de](#) Yamaguchi.

En el eco si no se tiene una buena ventana apical 2 y 4 cámaras puede pasar desapercibida.

En ese sentido la RMN es patrón de oro.

En este contexto, pensar que puede correlacionarse con una arritmia ventricular

Saludos cordiales

Juan José Sirena

Buenas tardes. Muy lindo caso. El ECG basal presenta ritmo sinusal, con una FC de alrededor de 60 por min y arritmia sinusal fisiológica.

Complejo QRS: primer vector está orientado hacia abajo, a la izquierda y adelante. La onda R se ubica en el plano frontal en más o menos 95°, vector s hacia arriba y a la derecha; la rotación es totalmente horaria con un eje levemente desviado hacia la derecha; la onda T en dicho plano es concordante con el complejo QRS y presenta la misma rotación. Con esta onda T tan vertical los electrodos de V1 a V4 la pueden tomar como negativa (se debería realizar derivaciones precordiales bajas para confirmarlas o descartarlas). A estos hallazgos si uno observa las derivaciones de V1 a V4 observa alternancia eléctrica tanto del complejo QRS como de la onda T.

No visualizo aumento de fuerzas del VI; por lo que dudo de que se trate de una miocardiopatía hipertrófica de punta; si tendría que descartar patología del VD entre ellas la DAVD.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Isabel no comprendo; es una niña con corazón vertical.

A esa edad el eje vertical es normal al igual que las ondas T negativas hasta V3. ¿por qué pensar en DAVD?

El infra ST y las ondas T negativas gigantes son los que expresan la presencia de MCH y más a esa edad.

No observo criterios de DAVD si de MCH.

Dr Chiesa cuando tenga los resultados de la RNMC compártalos para nuestro aprendizaje.

Tal vez a esa edad solo presente una hipertrofia del musculo papilar con leve hipertrofia apical. Pero que presenta síncope es un signo de mal pronóstico en MCH a esa edad, confirmaría con test genético y voy a la casa a buscar al hermano de los pelos.

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Querido Martín: no se qué edad tiene la paciente adolescente, se que la edad del hermano con síncope de esfuerzo es de 18 años.

En mi experiencia las MHA que exhiben ondas T gigantes negativas en cara anterolateral, tienen falta de onda q en DI, pueden presentar infradesnivel del punto J en las derivaciones precordiales izquierdas, segmento ST rápidamente ascendente en V2 y V3 y el complejo QRS rota en forma antihoraria en el plano frontal. El eje de la onda T presenta un ángulo obtuso con respecto al vector máximo del complejo QRS que en estos casos corresponden a la onda R.

En este ECG se observa un eje eléctrico hacia la derecha con rotación horaria en el plano frontal, con $S_4 > S_3 > S_2 > S_1$ con ondas T negativas de V1 a V4 y concordantes con el vector máximo del complejo QRS, a mi me impresiona como una agrandamiento del VD; no un simple corazón vertical con ondas T infantiles.

La alternancia eléctrica que se observa en dichas derivaciones del QRS y de la onda T, sumadas a la sintomatología tanto de su hermano como de ella, hacen sospechar una patología genética y de gravedad, la más frecuente por estas características es la de DAVD, que creo muy importante investigar.

Cordialmente

Isabel Konopka

Muchas gracias a todos

Si; la RNM está solicitada en cuanto tenga el informe se los comunico

Al hermano ya lo mande citar

Abrazo

Pedro Chiesa

Querida Isabel, gracias por tu respuesta. si presentara diltación del VD con sobrecarga lo hubieran notado sin dificultad en el ECO.

Con respecto a la DAVD en niños si no presenta dilatacion de cavidades derechas la pared es muy delgada y difícil de interpretar si presenta infiltración grasa de la pared libre del VD.

Entiendo tu explicación el hermano contribuirá al diagnostico además de la RNMC.

Un beso y buen fin de semana

Martín Ibarrola

