

Niño, 12 años, con disnea a grandes esfuerzos, con historia de empeoramiento de la misma y palpitaciones – 2013

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Estimados colegas. ¿Cuál es la opinión sobre este caso?

Niño, 12 años, con disnea a grandes esfuerzos, admitido en la emergencia con historia de empeoramiento de la disnea y palpitaciones.

Auscultación cardíaca: soplo sistólico en foco tricúspide FC: 145bpm

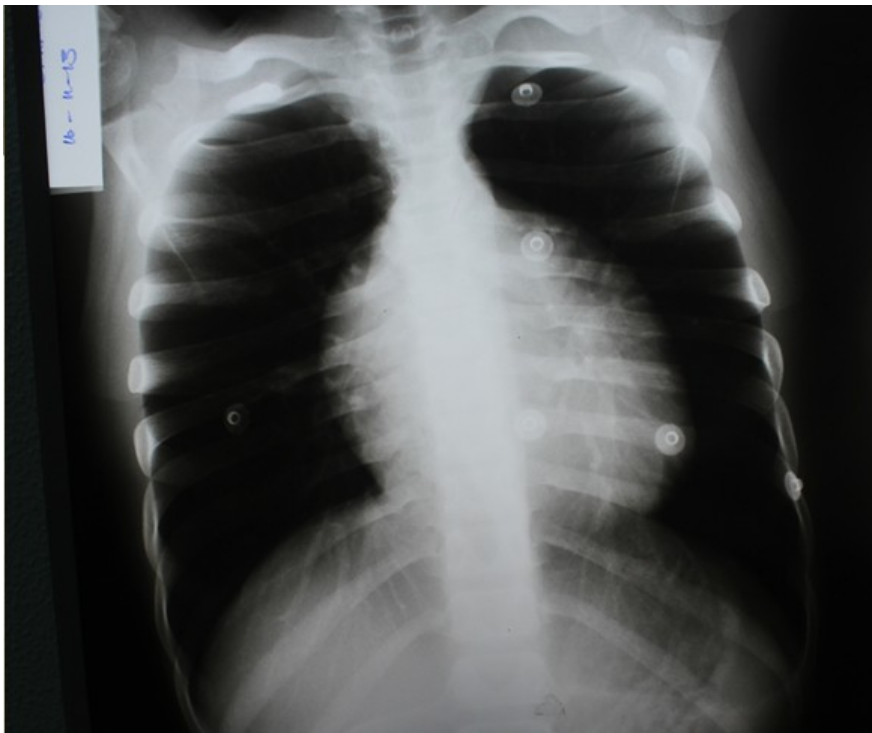
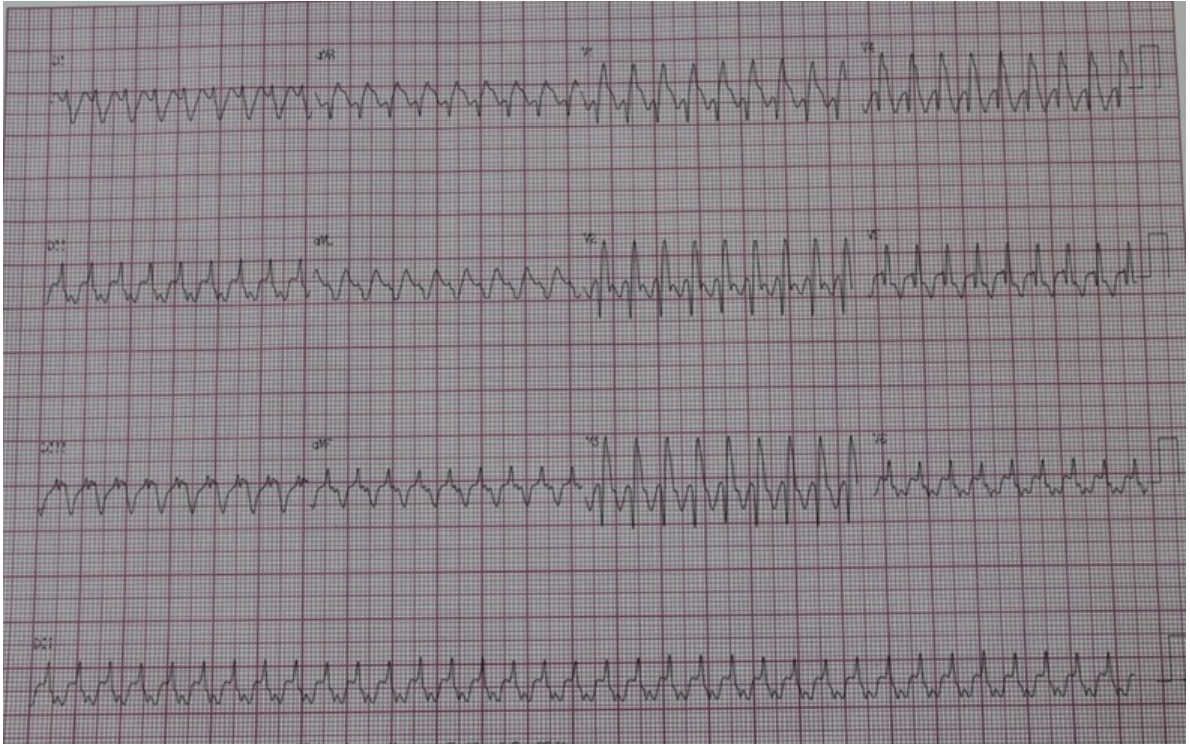
Auscultación pulmonar normal

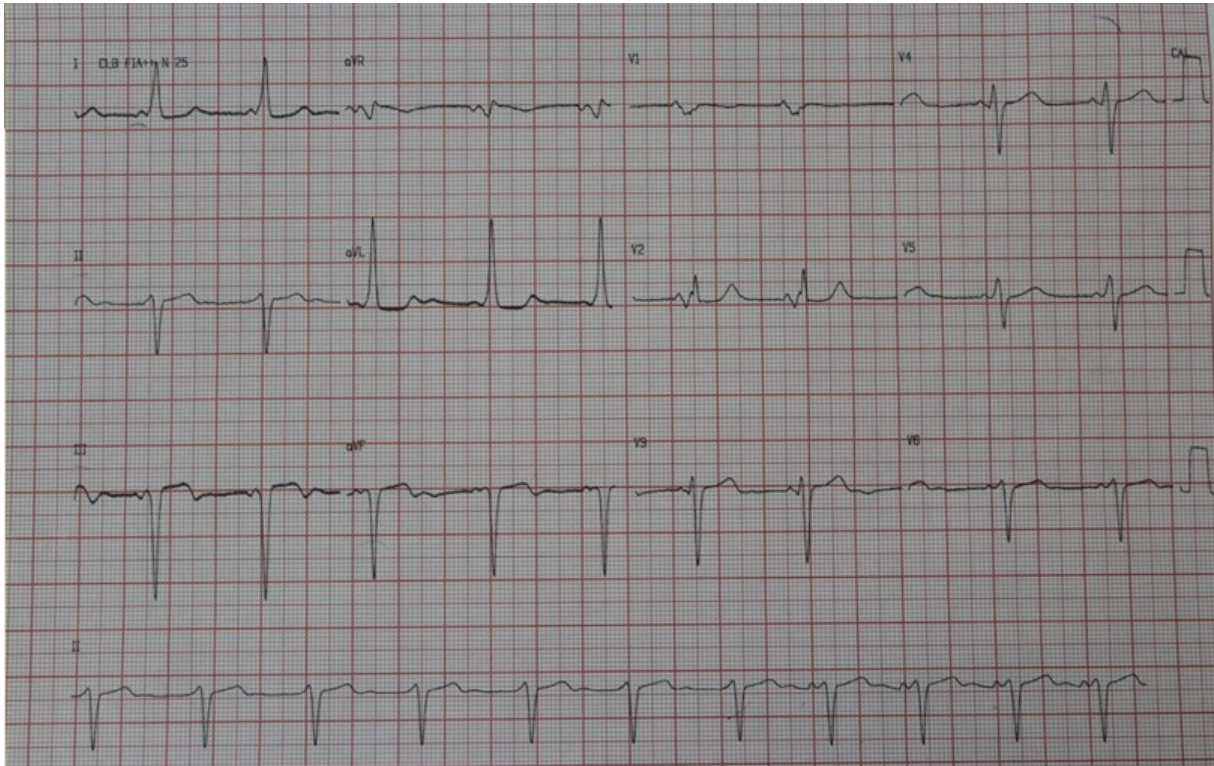
Pulsos periféricos simétricos. No hay edema de las extremidades inferiores. Ausencia de cianosis

¿Cuál es el diagnóstico de la arritmia?

¿Cuál es el diagnóstico de la patología subyacente?

Raimundo Barbosa Barros





Después de amiodarona

OPINIONES DE COLEGAS

¿Ebstein?

Marigel Beltramino

El 1er ECG es una taquicardia supraventricular. El ECG post amiodarona presenta un ritmo sinusal con PQ corto y onda delta. La Rx muestra un corazón globuloso. Es probable una cardiopatía congénita, pero faltan datos clínicos para saber cuál: CIA, CIV..

Saludos

Eduardo Quiñones

Enfermedad de base: anomalía de Ebstein

Preexcitación ventricular Haz de Kent localizado en la pared libre del VD entre AD y VD
WPW tipo B Una vía anómala se encuentra en 5 a 10% de los casos de anomalía de Ebstein o hasta 25%. Hay autores que ven esta asociación hasta en el 50% de los casos. Esta es la cardiopatía congénita más asociada a WPW.(1)

Los pacientes con vías anómalas a la izquierda raramente tienen asociado enfermedad orgánica, mientras que las vías derechas se asocian a cardiopatía orgánica del corazón.

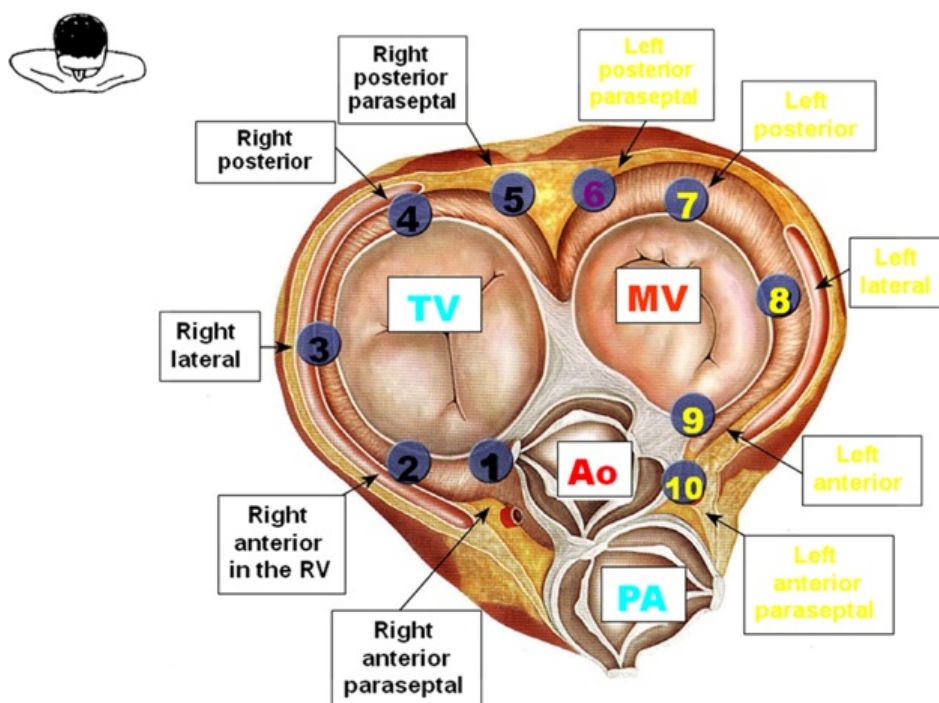
(2). La localización más frecuente es la derecha anterior en el punto 2 de Gallagher, lateral derecha en el punto 3 o posterior derecha en el punto 4 y pósteroseptal en el punto 5 y 6

En el presente caso la localización es pósteroseptal porque II, III y aVF negativos, eje del QRS entre 0 y -90 grados, $r < S$ **Region III, pósteroseptal:** onda delta negativa en DII, DII and aVF, SAQRS superior y $R < S$ en V1. Transición V_2 and V_4 .

Evento Taquicardia sostenida supraventricular de QRS estrecho por macroreentrada
Circus Movement Tachycardia"(CMT)

1) Deal BJ, Keane JF, Gillette PC, Garson A Jr. Wolff-Parkinson-White syndrome and supraventricular tachycardia during infancy: management and follow-up. J Am Coll Cardiol. 1985; 5: 130-135.

2) Damjanović MR, Dordević-Radojković D, Perisić Z, Apostolović S, Koraćević G, Pavlović M, Tomasević MJanković R. Ebstein's anomaly as a cause of paroxysmal atrial fibrillation. Vojnosanit Pregl. 2008 Nov;65(11):847-850.



La anomalía de Ebstein puede cursar con clínica de insuficiencia cardiaca y con bloqueos atriventriculares, en este caso WPW. En la mayoría de los casos es diagnosticada en fase temprana.

Oswald Londono

Saludos! Impresiona una pre excitación pero sería interesante saber si tiene cianosis y conocer el ecocardiograma para el pesquizaje de ciertas cardiopatías congénitas asociadas a pre excitación

Abrazo

Dr. Rolando E. Rogés Machado

Estimado Raimundo:

En el ECG en ritmo sinusal se observa claramente PR corto con onde delta, el diagnostico es una via accesoria, la localizacion impresiona pósteroseptal derecha. La taquicardia regular, el diagnostico presuntivo sería el de una taquicardia ortodrómica que captura la aurícula izquierda dando una onda P negativa en DII, DIII y AVF.

Uno podría sospechar una doble vía, con una reentrada nodal con conducción anterógrada con aberrancia (BCRD), lo cual encuentro menos probable.

Taquicardia supraventricular ortodrómica y evidencia una sobrecarga VD con BCRD y eje eléctrico a la derecha, por lo cual habría de descartar una estenosis pulmonar asociada. El soplo tricuspídeo y el crecimiento del VD con segundo arco pulmonar aumentado, el eco aclarara esto.

Podría sospechar una CIA asociada y shunt de derecha a izquierda, en contra de esto no presenta congestión hilar, ni cianosis, por lo que no seria el diagnóstico presuntivo.

Un muy lindo caso, aguardo sus conclusiones.

Un abrazo afectuoso

Martín Ibarrola