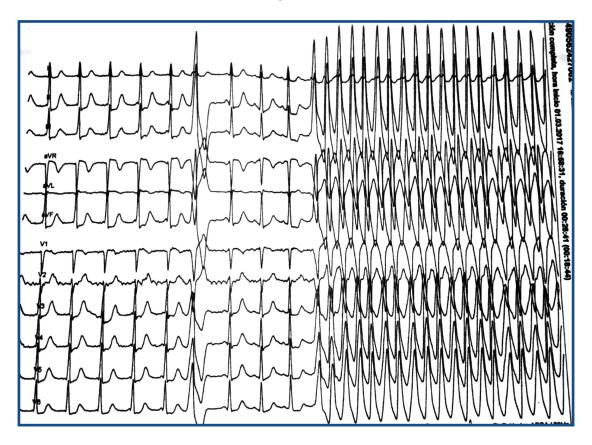
34

ELECTROCARDIOGRAMA DEL MES

Dra. Vivien Araya Gómez Centro Cardiológico Integral. Teléf. 2221-2921 • 8990-0830. E-mail: vivien@ice.co.cr

El siguiente trazo es de un paciente masculino de 68 años de edad, con antecedentes de dislipidemia. Desde hace 2 años en control por palpitaciones muy frecuentes, que le limitan su calidad de vida pues le causan ansiedad y a veces mareos con nauceas, en ocasiones tan frecuentes como 4 veces al día. Se realizó un Holter de 24 horas que mostró extrasístoles ventriculares monomórficas muy frecuentes. No tuvo buena respuesta a los beta bloqueadores. En un ecocardiograma con dobutamina se encontró un corazón con estructura dentro de lo normal, función sistólica y diastólica adecuadas, fracción de expulsión en 55%, sin datos de isquemia miocárdica en las primeras etapas. Durante ese estudio presentó la siguiente taquicardia, que requirió detener la prueba, el paciente sintió mareo y los síntomas clínicos que el había percibido previamente, no presentó síncope, la taquicardia fue autolimitada, con duración de más de 30 segundos:



Este trazo corresponde a:

Flutter atrial con conducción aberrante.
Fibrilación atrial con preexcitación por WPW.
Taquicardia ventricular monomórfica sostenida.
Taquicardia sinusal con Bloqueo de la rama izquierda del haz de His (BRIHH)
Fibrilación ventricular por isquemia miocárdica y efecto de la dobutamina.



RESPUESTA

En ese trazo observamos una taquicardia de complejo QRS ancho, con morfología de bloqueo de la rama izquierda del haz de His (BRIHH) y eje hacia abajo: complejos QRS positivos en las derivaciones inferiores (DI, II y aVF) y negativos en aVL, lo cual indica un origen del lado derecho y a nivel alto, lo más probable a nivel del tracto de salida del Ventrículo derecho, ese origen es frecuente en un grupo de taquicardias ventriculares (TV) denominadas idiopáticas, que generalmente no se asocian a alteraciones estructurales como en este paciente. Usualmente se presentan en personas más jóvenes. Algunos términos relacionados, pero que no son sinónimos son TV del ventrículo derecho, TV monomórfica repetitiva, TV catecolaminérgica, TV inducida por el ejercicio, TV sensible a adenosina y TV sensible a verapamil. De este modo vemos que se pueden clasificar de acuerdo a su origen, su forma de inicio o su respuesta a fármacos. El principal síntoma son palpitaciones y solo un 20 % pueden llegar a presentar un síncope, la muerte súbita asociada a estas TV es muy rara. Los mecanismos probables son: reentrada, automatismo anormal y actividad disparada por post-despolarizaciones. En algunos pacientes (aprox un 10%) se pueden observar alteraciones estructurales poco especificas en imágenes de resonancia magnética (cambios en el grosor o fibrosis de paredes).

A la edad de este paciente siempre hay que descartar patologia esatructural y principalmente isquémica, en él se realizó una angiografía coronaria que fue normal.

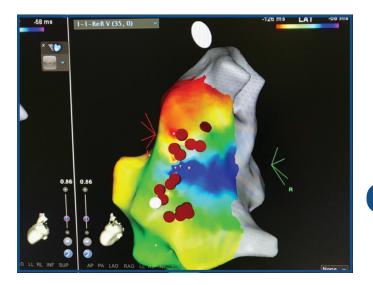
En el siguiente trazo de Holter de este caso, observamos una TV monomórfica repetitiva, con episodios no sostenidos, pero muy frecuentes, que causaban muchos síntomas.

3:39:31 3:40:31 3:41:31 3:42:31 3:43:31 3:44:31 3:45:31 3:46:31 3:47:31 2-49-71 3:49:31 3:50:31 3:51:31 3:52:31 3,53:31 3:54:31 3:55:31 3:56:31 3-57-31 3:58:31 3:59:31 4:00:31 14:01:31 4:02:31 14:03:31 14:04:31 2 mm/mV - 5 mm/s

No hubo buena respuesta clínica a fármacos, motivo por el cual se programó para una ablación con radiofrecuencia de la TV. Durante el mapeo de la arritmia, como suele suceder en estos casos no se indujo una TV sostenida, pero si los colgajos de TV no sostenida, iguales a los que se presentan en el Holter y con la misma morfología.



Se realizó mapeo con **sistema de navegación Carto III**®, se localizó el punto de mayor precocidad de la activación ventricular durante la taquicardia a nivel del tracto del salida del VD a nivel postero- septal. Se confirmó con "pacemaping" un trazo idéntico al de la TV clínica. A ese nivel se inició la aplicación de la RF, con lo cual se indujo la misma taquicardia clínica, más sostenida, con ciclo de 290 mseg (206 lpm). Se continuaron aplicaciones de RF en esa zona hasta constatar la desaparición del foco ectópico por la ausencia de re-inducción de los colgajos de TV luego de la última aplicación de RF. Se estimuló también bajo efecto de isoproterenol.



Un año después del priocedimiento el paciente se encuentra libre de síntomas y sin tratamiento farmacológico.

La respuesta correcta es la C.

Agradecimiento: A la Dra. Lidieth Esquivel por proporcionarnos el EKG del mes.

