**ARRITMIA VENTRICULAR POR COMPRESIÓN EXTRÍNSECA POR PECTUS EXCAVATUM**

 **Autores:** Mazzurco Brigitte Belen, Ostratiuk Leonardo, Frangi Patricio, Diaz Uberti Pedro.

**Servicio: Cardiología**

**Correo electrónico:** mazzurcobrigitte@gmail.com  **Interno: 4659**

**Introducción**:

El pectus excavatum es una malformación de la pared anterior del tórax, caracterizada por una profunda depresión del esternón y alteración de las articulaciones condroesternales inferiores. Dicha patología es considerada la malformación torácica más frecuente.

En su mayoría suele ser una patología totalmente asintomática pero en los casos más severos puede ocasionar una compresión de los órganos torácicos y como consecuencia producir dificultad respiratoria, infecciones respiratorias frecuentes, intolerancia al ejercicio, palpitaciones, arritmias y dolor torácico.

**Caso clínico:**

Se presenta el caso de un paciente de 15 años con antecedente de pectus excavatum, sin otros antecedentes de relevancia. Consulta por astenia, palpitaciones y disnea por lo que se le solicitan estudios complementarios. Ecocardiograma sin evidencia de hallazgos patológicos y prueba ergométrica graduada evidenciando arritmia ventricular compleja que impresiona del tracto de salida y de la pared libre del ventrículo derecho; motivo por el cual comienza seguimiento con la sección de Electrofisiología quienes solicitaron estudios complementarios:

• ECG: Ritmo Sinusal, FC 100 lpm, PR 120 ms, Eje corazón "punta atrás", QRS 120 ms, BCRD.

• Ecocardiograma (27/04/23): VID 4.20 VIS 2.70 Sepd 0.70 Ppd 0.70 FAC 36%. No impresiona presentar trastornos de la motilidad parietal. Diámetros y FSVD conservada. Sin valvulopatías. Estudio técnicamente dificultoso por pectum excavatum.

• PEG (28/04/23): Máxima. BCRD. Anormal por presentar en máximo esfuerzo y recuperación aparición de arritmia ventricular compleja ( TVNS de 4 latidos asintomático, 2 duplas ventriculares y EV aisladas). CF útil 9.9 METs. FC Máxima 191 lpm. TA Máx 135/70 mmhg. ITTM 25700.

• RMN cardíaca (5/05/23): Evaluación anátomo funcional: hundimiento esternocondral (pectus excavatum), con rotación esternal derecha. En relación a este hallazgo se observa compresión extrínseca del tracto de salida del ventrículo derecho. Sin compromiso del surco auriculoventricular. Ventrículo izquierdo de dimensiones normales, con discreta compresión extrínseca inferolateral basal por la aorta descendente/cuerpo vertebral adyacente (en contexto de pectus excavatum). Función sistólica del VI conservada. Discreta motilidad paradojal septal. Hipoquinesia leve anterolateral medioventricular. Ventrículo derecho de volúmenes normales, con compromiso extrínseco de la pared libre medioventricular. La arteria coronaria derecha presenta un origen normal, haciendo contacto con la pared esternocondral a escasos milímetros del ostium. No se logra identificar con precisión el ostium de la arteria coronaria izquierda. Función sistólica biventricular conservada. Sin signos de edema, infiltración grasa, ni de realce tardío de contraste en miocardio compatible con fibrosis, necrosis, inflamación, ni infiltrativas.

• Holter 24 hs (11/05/23): Ritmo Sinusal, Frecuencia cardíaca promedio 87 lpm (49-183), Trastorno fijo de conducción intraventricular. No se observaron latidos ectópicos, fenómenos repetitivos ni pausas significativas.

Examen físico: TA 120/80 mmhg, FC 100 lpm, Sat 99% a aire ambiente, R1 R2 normofonéticos en cuatro focos, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral. Presenta pectus excavatum. Sin signos de insuficiencia cardíaca descompensada.

Por presentar compresión extrínseca del TSVD vinculada a pectus excavatum y arteria coronaria derecha en contacto con la pared esternocondral se encuentra en contacto con servicio de Cirugía torácica para resolución quirurgica del defecto anatómico. Paciente en seguimiento por la sección de Electrofisiología. Posteriormente se reevaluará si dicha arritmia ventricular resuelve tras el procedimiento.

**Conclusiones:**

No todos los pacientes tienen todas las alteraciones, y muchos no tienen ninguna. Estudios complementarios pueden detectar a los pacientes que tienen una compresión significativa y sufren de estas alteraciones y que probablemente tengan un beneficio potencial con la cirugía reparadora. Los avances en el tratamiento ofrecen hoy un abanico de posibilidades, incluyendo alternativas no quirúrgicas, que permiten personalizar cada caso, con resultados muy satisfactorios, en la mayoría de las veces con procedimientos mínimamente invasivos y con perfil de riesgo muy aceptable.