

Saludos Estimados Foristas: Aquí les envío el caso de una joven de 19 años que llega al ER de un Hospital General con historia de 3 días de episodios de palpitaciones de segundos a minutos de duración. Refiere que desde hace algunos meses las presentaba, pero eran ocasionales y de menor duración, por lo que la paciente no dió mayor importancia.

Refiere el familiar que me envió los ECGs que están anexos al mensaje, que fué tratada con amiodarona IV retornando a su ritmo sinusal, y hospitalizada para inicio de tratamiento oral con el mismo medicamento. (300 mg VO c/día).

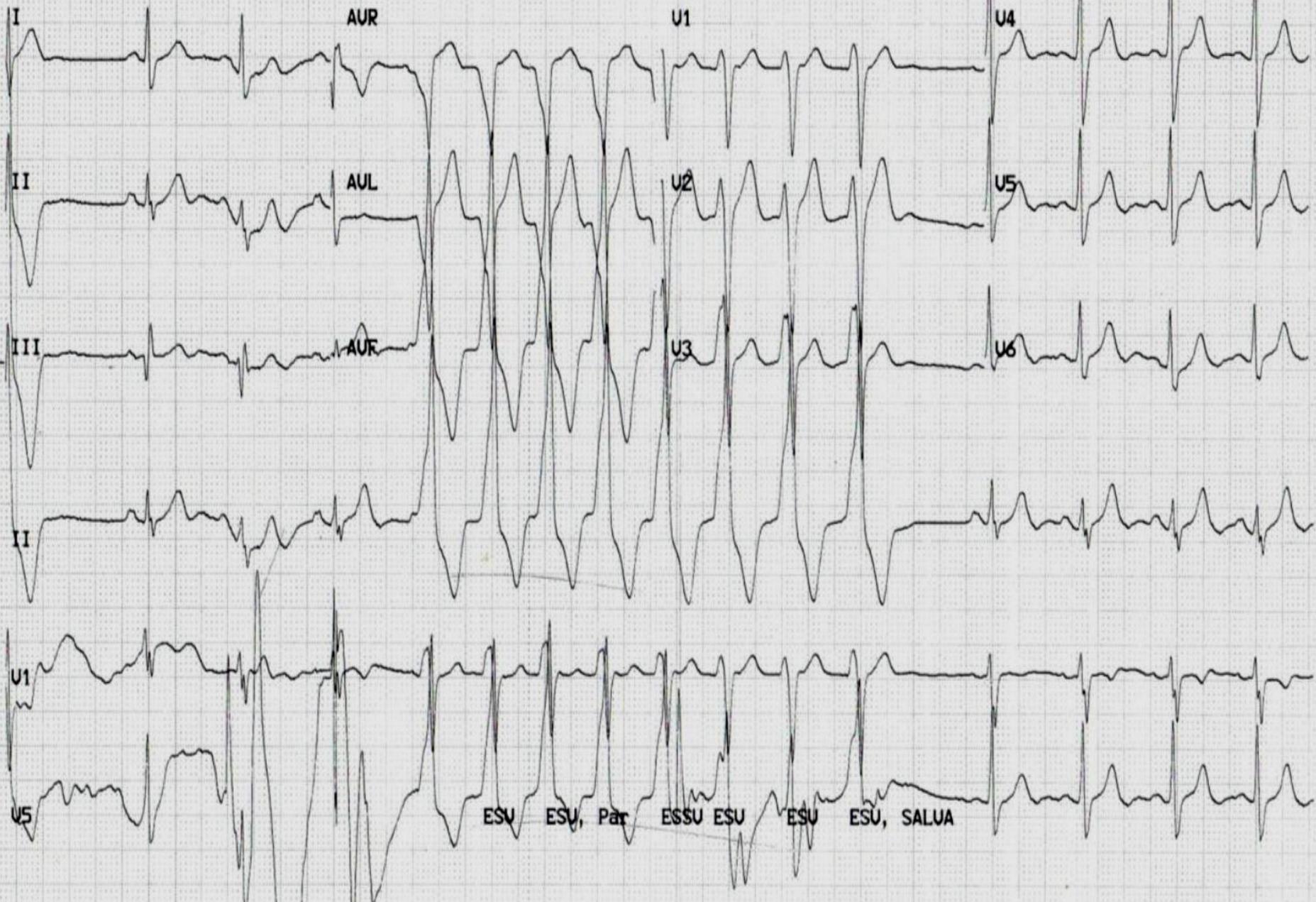
Se le realiza ECO: solo regurgitación mitral pequeña que consignar.

Holter: No tengo los trazos, pero tengo el informe en el que resumo: Extasístoles Ventriculares: 38,700 (39 %), aislados: 27,827, bigeminados: 11,271, acoplados: 874 ; Exts Supra V: menos del 1%,.

Me parece rachas de TV con foco de origen en el Tracto de salida del VD (Eje eléctrico muy inferior) y que debería ablacionarse. Pero, apreciaría muchísimo sus comentarios y recomendaciones al respecto.

Atte, Dr. Ricardo Pizarro.

Informe no confirmado.



Horizontal -90°

Z

180°

X

0° V₆

V₅

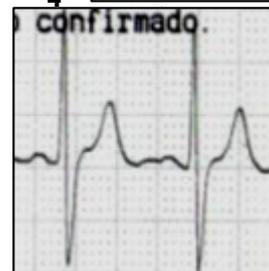
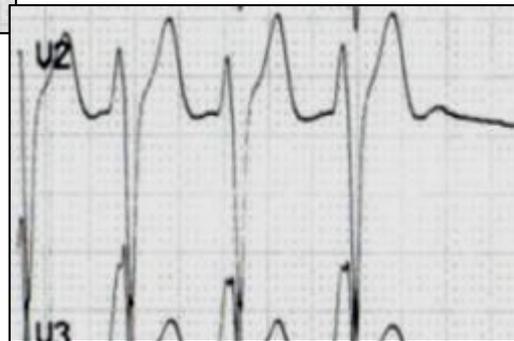
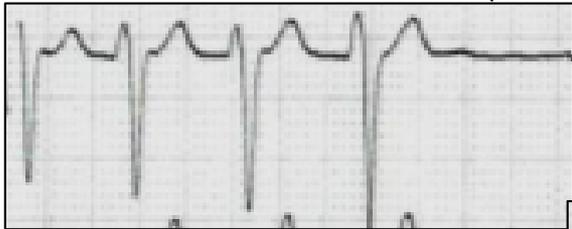
V₄

V₃

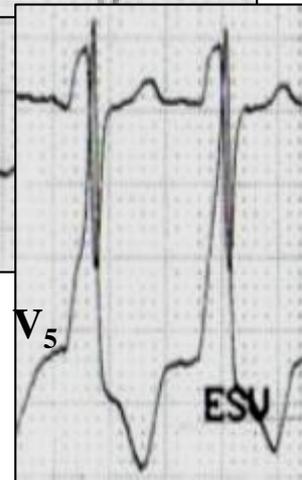
+90°

V₂

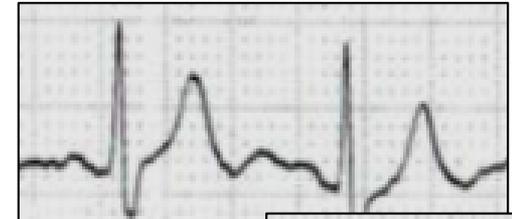
V₁

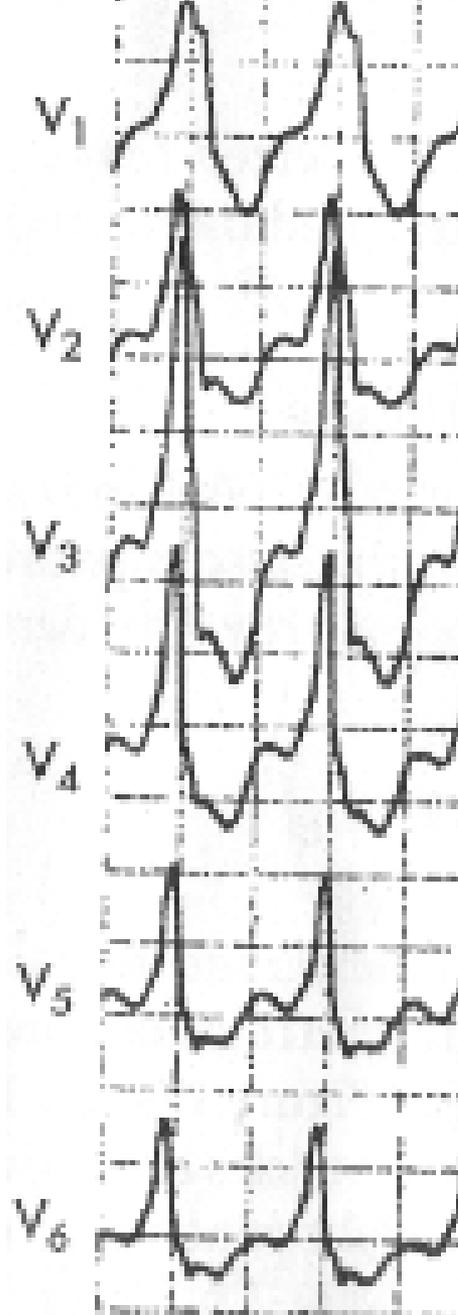
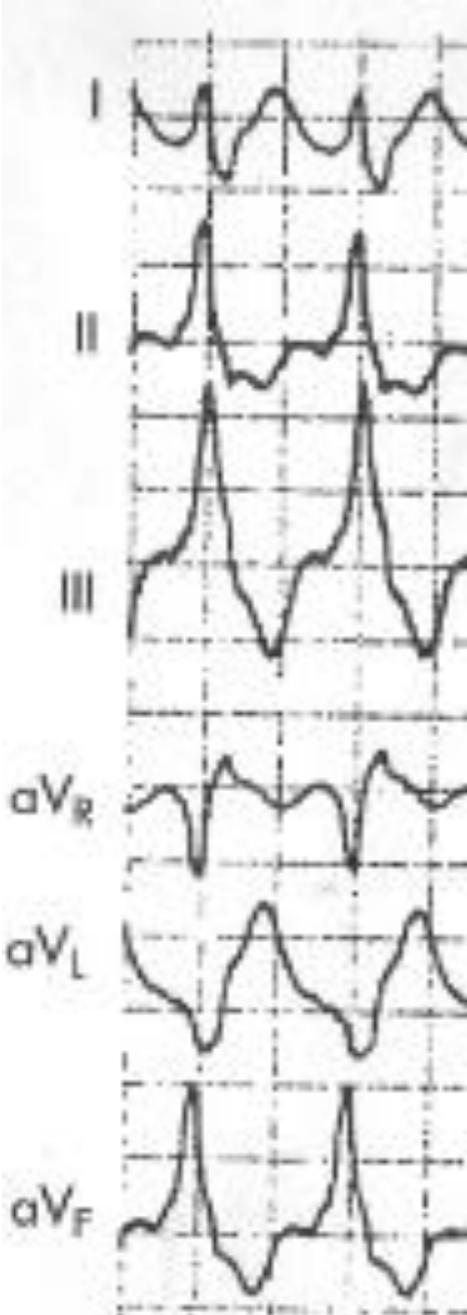


V₅ en ritmo sinusal

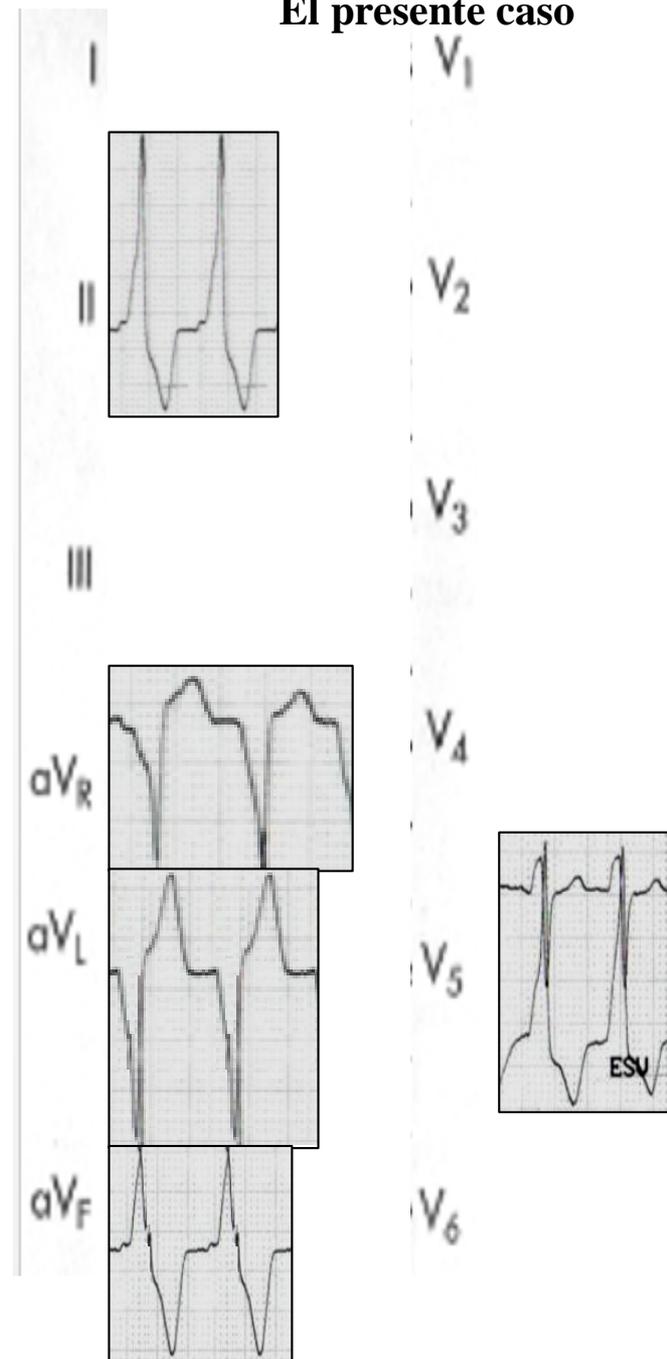


V₅ durante el evento





El presente caso



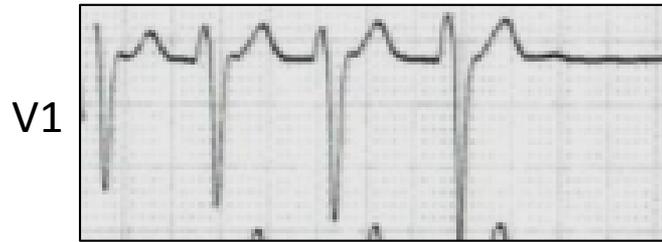
Ejemplo típico taquicardia circular antidrómica por vía accesoria izquierda semejante al presente caso

Algoritmo de d'Ávila para la localización de via acessória teniendo en cuenta la polaridad del complejo QRS en cinco derivaciones

Este algoritmo se basa en el análisis de la polaridad del complejo QRS en 5 derivaciones eletrocardiográficas para localizar la via acessória.

Secuencia del análisis

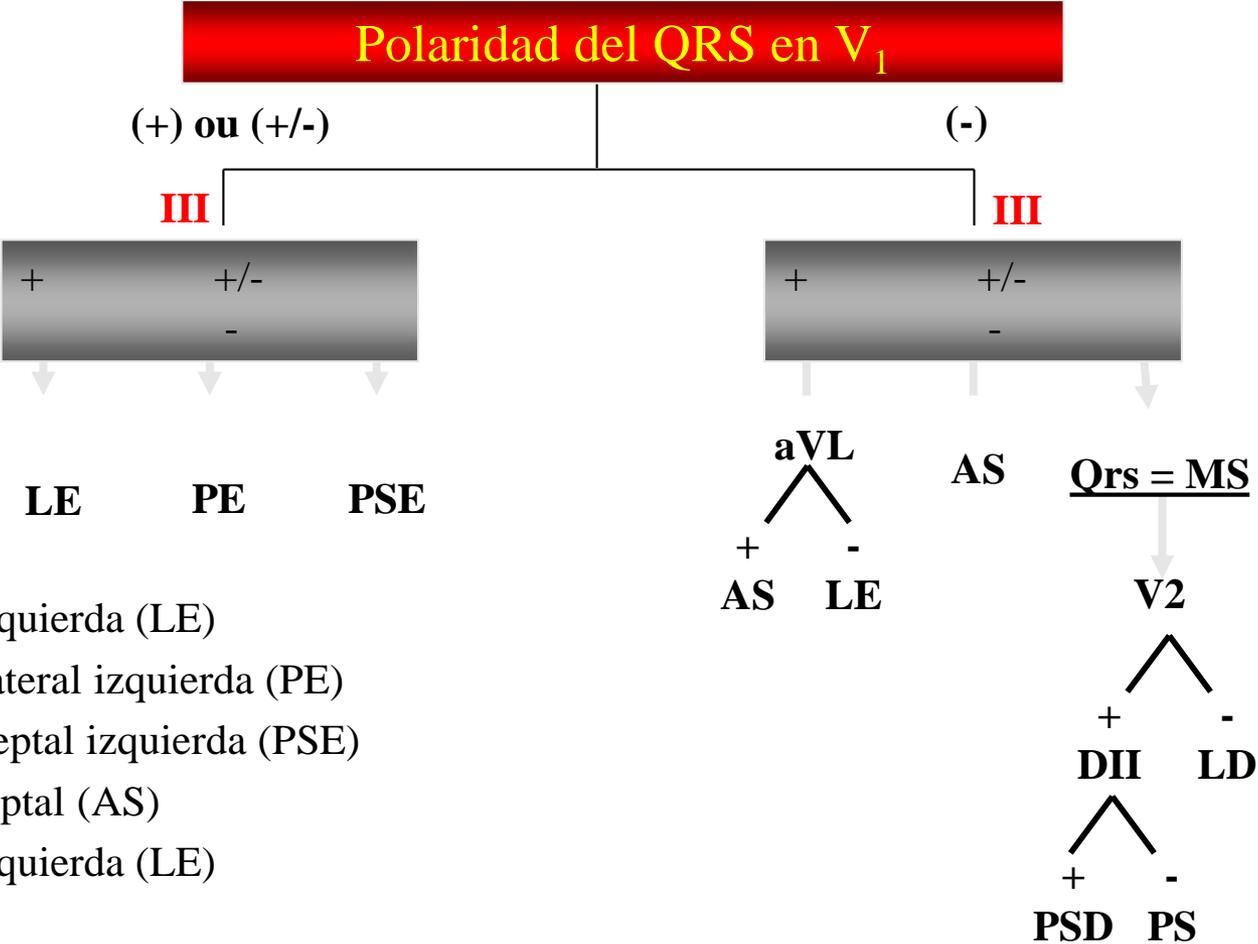
- **1º PASO:** Definir la polaridad del complejo QRS en V1. Dos posibilidades:
 - 1) Positiva o plus-minus o
 - 2) Negativa.



- **2º PASO:** Caso sea positiva o plus-minus en V1, se procede a observar la derivación III. Si esta es positiva, se trata de una via acesória lateral izquierda (LE). Siendo plus-minus o isodifásico se trata de una via póstero-lateral izquierda (PE). Finalmente, si III es negativa, la via acesória será póstero-septal izquierda (PSE).
- Si la polaridad del QRS en V1 es negativa y en aVL positiva será antero-septal (AS). Si en aVL es negativa será lateral izquierda (LE). Si es plus-minus em III antero-septal.

El algoritmo a seguir muestra como debe seguir la secuencia del raciocínio.

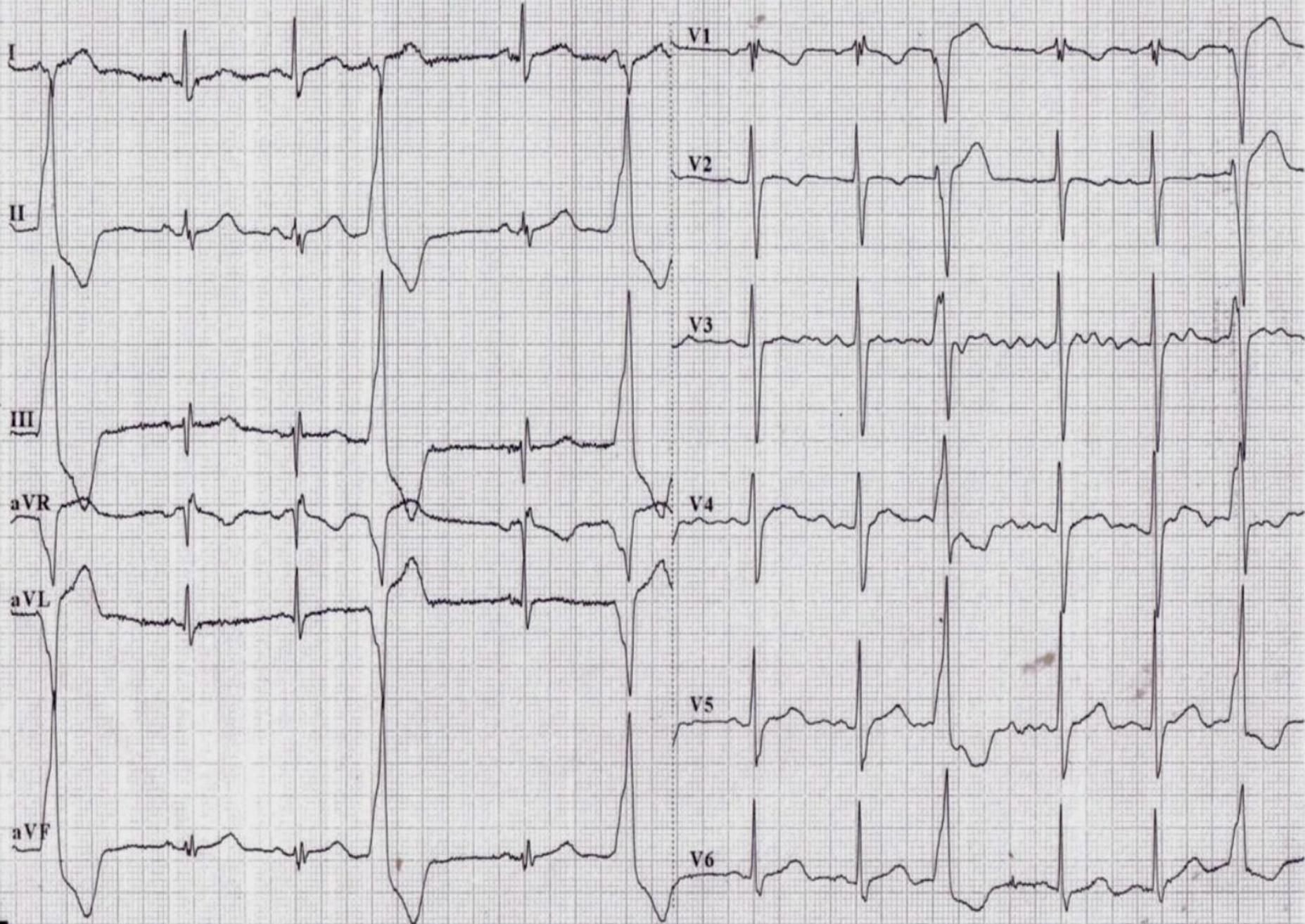
Algoritmo de d'Ávila para localizaçãõ de via acessória segùn la polaridad del complejo QRS



- Lateral izquierda (LE)
- Pósterolateral izquierda (PE)
- Pósteroseptal izquierda (PSE)
- Antero-septal (AS)
- Lateral izquierda (LE)

d'Ávila, et al. Pacing Clin Electrophysiol 1995;18:1615-1627.

Explicación del algoritmo de D'Ávila para localización de la vía accésoria basado en la polaridad de los complejos QRS.



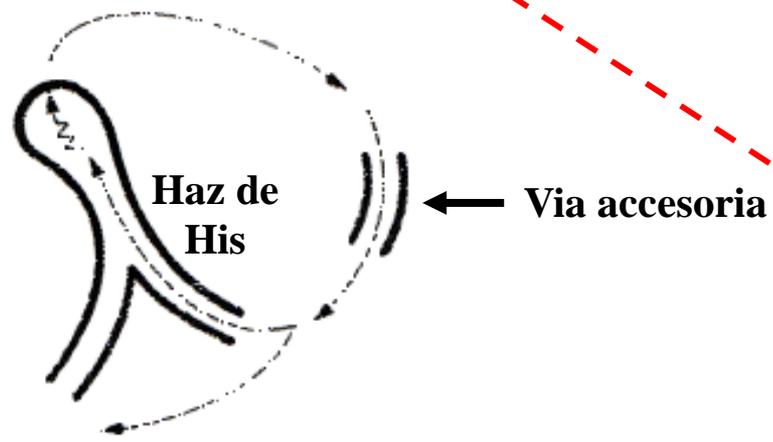
Conclusión:

Podría tratarse de una taquicardia de QRS ancho consecuencia de un circuito de macro-reentrada que usa una vía accesoria en forma anterógrada ocasionando un complejo QRS ancho y la conducción por el nódulo AV retrógrada con un QRS ancho semejante a una TV. No es posible realizar un diagnóstico correcto sin el estudio intracavitario, a pesar que una fuerte sospecha existe cuando una onda delta durante ritmo sinusal muestra la misma polaridad de la taquicardia en todas las derivaciones. La presencia de un movimiento en círculo antidrómico indica múltiples vías accesorias en por lo menos el 50% de los casos.

El ECG tiene una FC entre 150 y 250 lpm (nuestro caso 125 lpm), los complejos QRS son anchos, el ritmo puede ser levemente irregular porque la conducción retrógrada varía en los fascículos de la aurícula. Este ritmo también puede prestarse a confusión con FA pre-excitada no obstante esta tiene FC mucho más elevada y es más irregular.

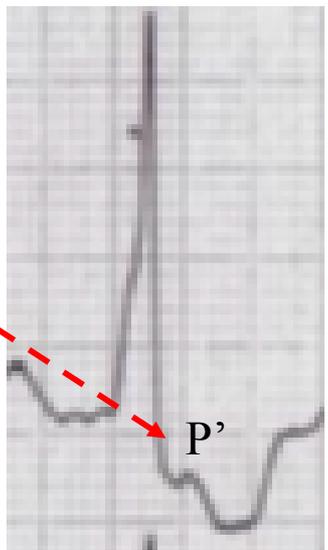
En referencia a la onda P a pesar que la P' está presente siguiendo al complejo QRS usualmente no es visible porque el QRS ancho puede ocultarla.

Nódulo sinusal



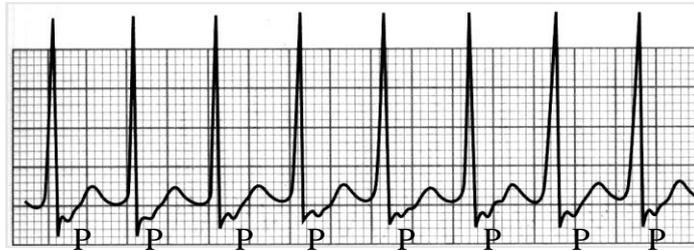
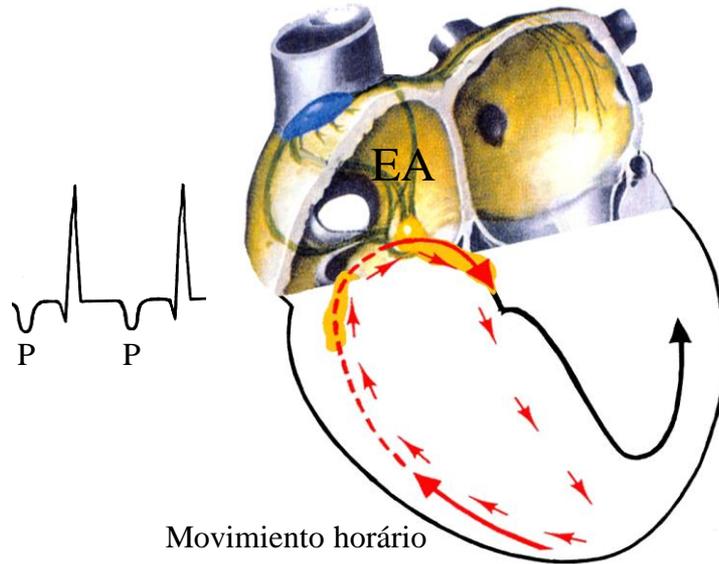
Esquema del mecanismo del movimiento circular antidrómico

El presente caso

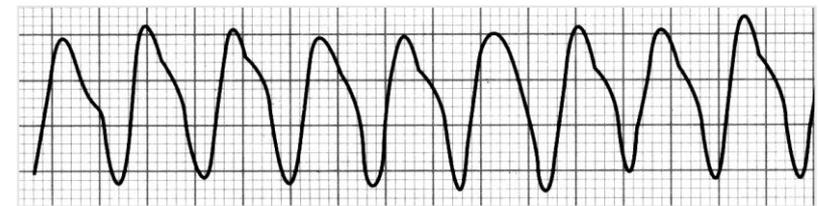
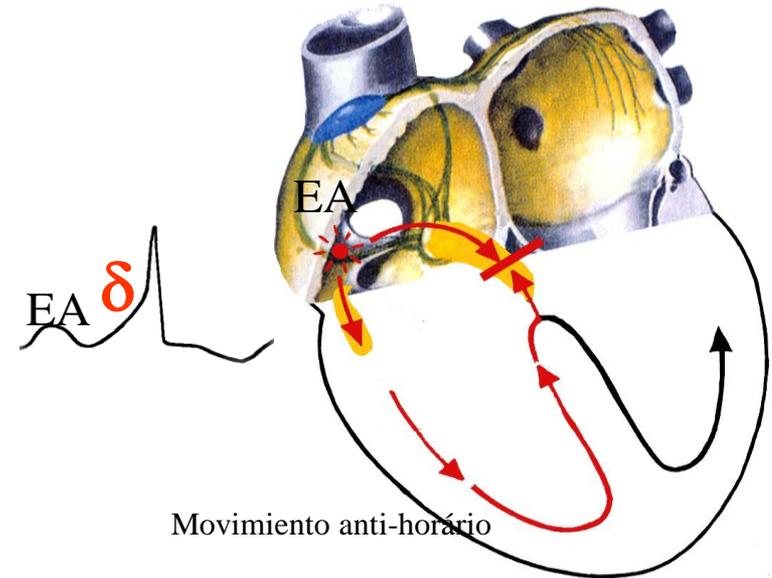


Taquicardias Paroxísticas Supraventriculares (TPSV) por macro-reentrada recíprocas o reentrantes en el WPW

Ortodrómicas o con QRS estrecho: 90 %



Antidrómicas o con QRS ancho: 10 %



- **QRS estreito.**
- **Movimiento horario.**
- **Utiliza la vía normal en forma anterógrada y el haz anómalo en forma retrógrada.**

- **QRS ancho.**
- **Movimiento anti-horario.**
- **Utiliza vía normal en forma retrógrada y el haz anómalo en forma anterógrada**

Esquema de las taquicardias paroxísticas supraventriculares (TPSV) por macro-reentrada recíprocas o reentrantes en el síndrome de WPW ortodrómicas y antidrómicas.