

Caso de Joven femenina de 18 años con Taquicardia Supraventricular

Dr. Benjamín Uribe Efres

Le presento un ECG de una nieta mía de 18 años que me enviaron de Tampa, EEUU, por Internet; que rompió con maniobras vagales. Pero tengo varias interrogantes las cuales quiero exponérselas. Las gracias anticipadas.

Interrogantes:

1. Taquicardia a 210/min. regular? Con QRS estrecho.
2. P después de QRS en V1 con RP < 80mseg.
3. Alternancia eléctrica de QRS en AVL. (ojo)
4. Pero en V1 hay complejos en que no se ven las ondas P.
5. Este es el DII donde se ven las ondas P positivas antes del QRS intercaladas con (una si y una no) con alternancia eléctrica del QRS, donde en los complejos pequeños es donde se ven las ondas P.
6. Rompió con maniobras vágales.

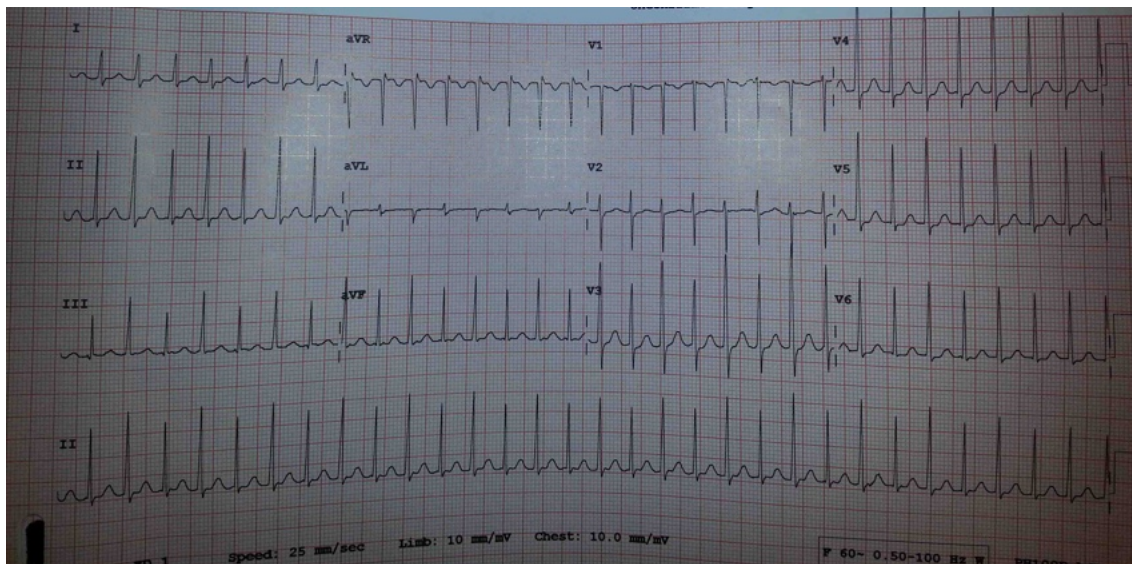
Diagnostico:

- Reentrada Intranodal.
- Reentrada Intranodal típica
- o sea doble vía.

Nota: 1 - No encuentro explicación para las ondas P positivas en DII. 2- no se pudieron mandar todos los ECG juntos, los otros 3 se enviaron aparte.

Sin más nada se despide su colega y amigo.

Dr. Benjamín A. Uribe Efres.



Rate 87
PR 174
QRSD 75
QT 297
QTc 358

Age not entered, assumed to be 12 years old for purpose of ECG interpretation
Sinus rhythm.....normal P axis, V-rate 60-119
Left atrial enlargement.....P, P' > 60ms, < -0.15mV V1

4/16/2013 11:11:53 AM
Nemours (1)
NCH (03)

--AXIS--

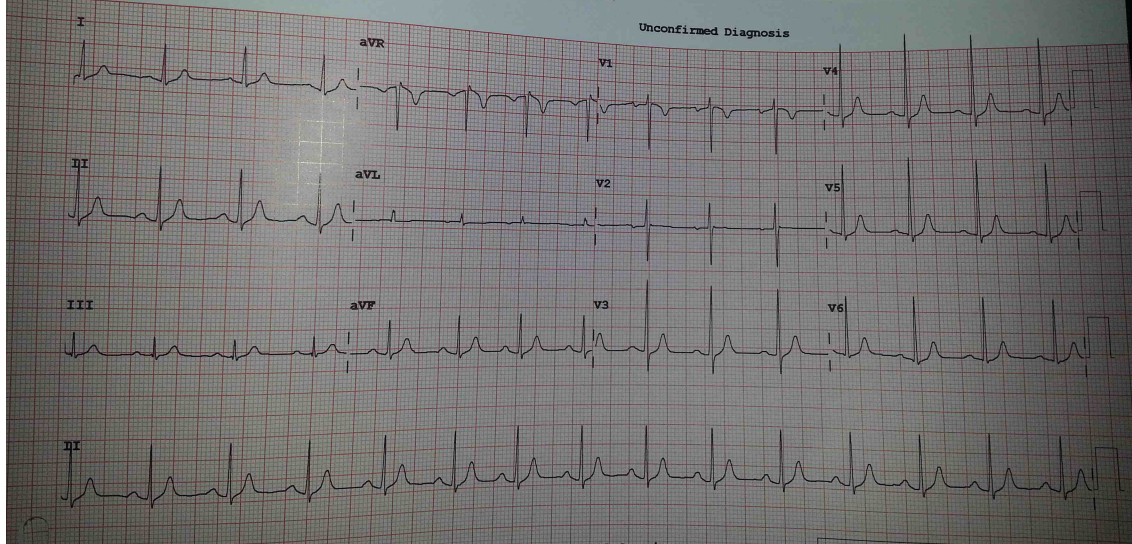
P 61
QRS 48
T 60

12 Lead; Standard Placement

- ABNORMAL ECG -

26315745835
FLAQUER, CLAUDIA
DOB: 6/7/1996 ADM: 4/16/2013
MR#: 38843788

Unconfirmed Diagnosis



Device: ED 1

Speed: 25 mm/sec

Limb: 10 mm/mV

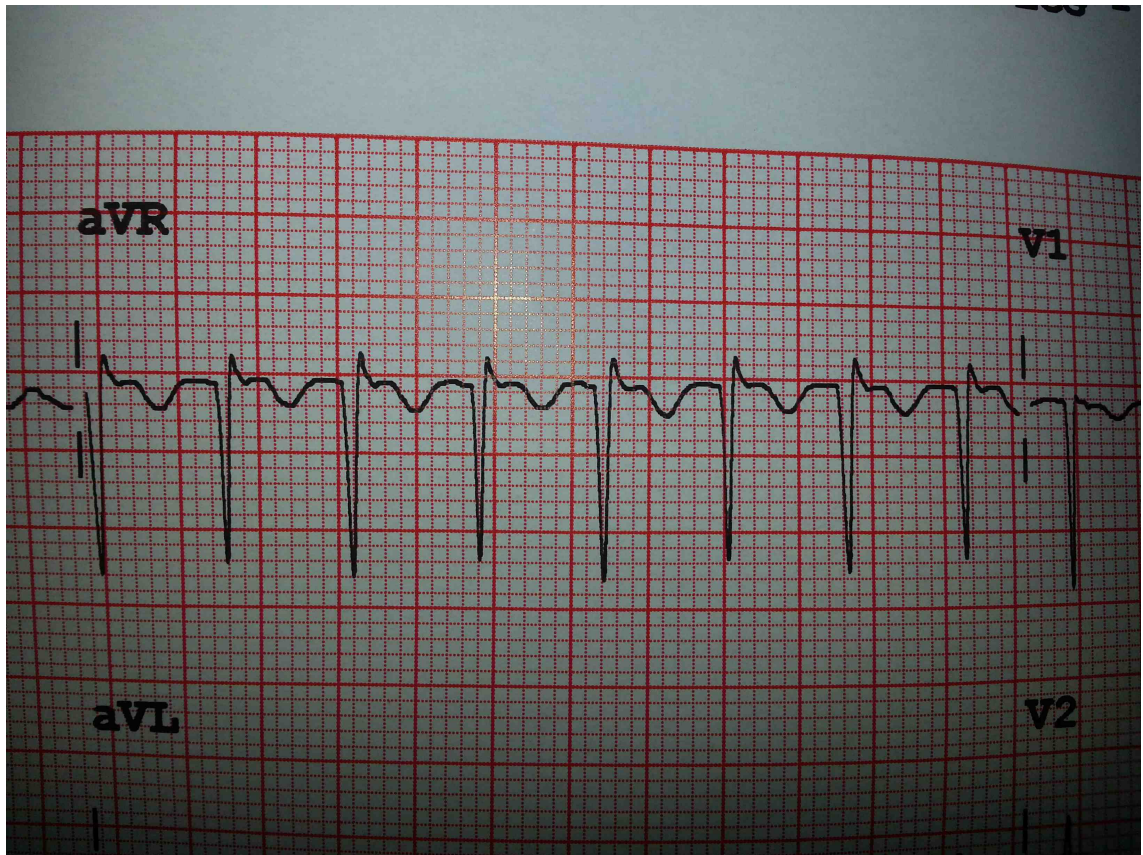
Chest: 10.0 mm/mV

F 60~ 0.50-100 Hz W

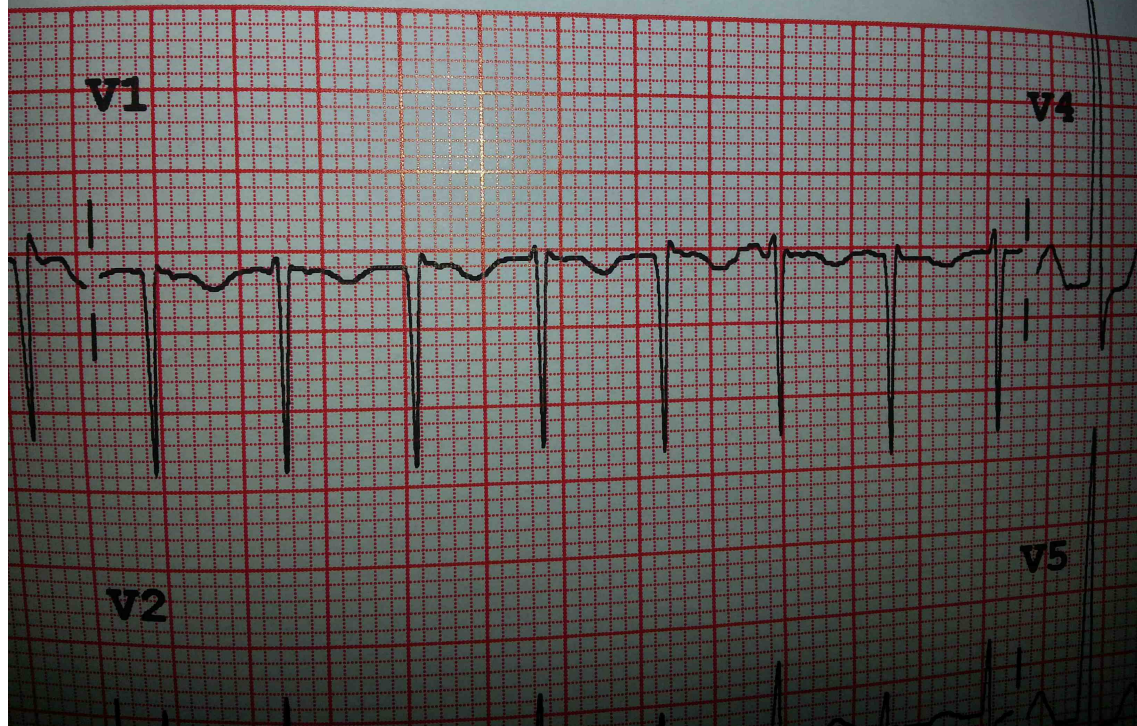
PH100B bCL

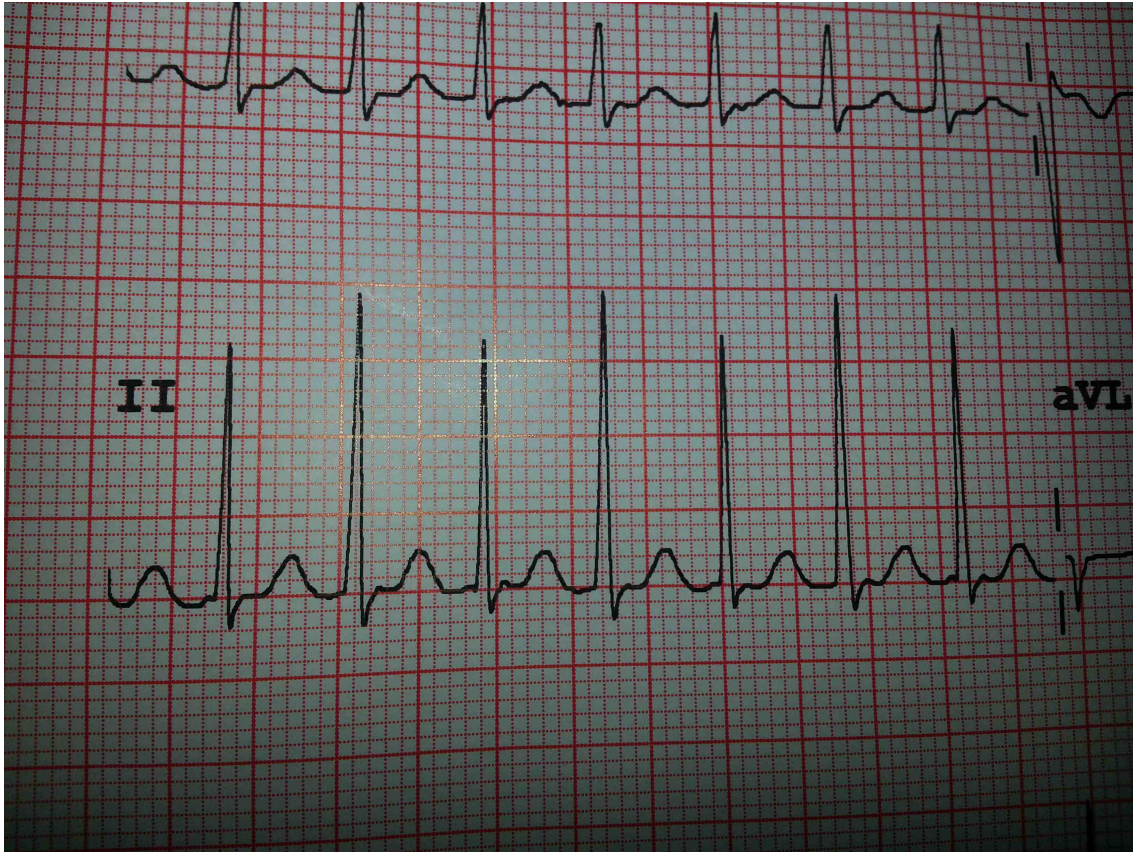
PHILIPS

REORDER # M2481A



Unconfirmed Diagnosis





Amigo Buribe

Se trata de una reentrada intranodal TÍPICA.
Una ablación por RF en menos de una hora resuelve el
problema y su nieta vive tranquila por el resto de
su vida.

Salud

AB

Dr Adrian Baranchuk, MD FACC
Associate Professor of Medicine
Cardiac Electrophysiology and Pacing
Kingston General Hospital K7L 2V7
Queen's University

Estimado Adrián, ¿por qué en DII aparece onda P antes de QRS? Intercalándose.

En VI es después del QRS, desaparece intercalándose o sea hay complejos que tienen ondas P. antes y después del QRS ???

Tenía entendido que en la reentrada intranodal típica no se ven las ondas P.

Gracias anticipadas

Benjamín Uribe

No se a la que Ud. se refiere.

Durante la taquicardia, la onda P SIEMPRE está después del QRS.

Saludos

Adrián Baranchuk

Hermoso ECG

En mi humilde opinión me inclino por flutter auricular atípico (no istmo dependiente) o taquicardia auricular. El ciclo RR de la taquicardia es de 320 o 330 mseg, por lo que la FC está por debajo de 200 lpm (180 o 190 lpm). También observo alternancia en los complejos QRS... La morfología de las ondas P en plano frontal y la no relación constante de RP Vs PR me hace descartar un fenómeno por reentrada.

Espero no haber errado por mucho!

Cuesta no pensar en TRIN típica.

Saludos a todos

TPC. Damián Longo

Hospital Policial Bmé. Churruca. Buenos Aires, Argentina

Buenas tardes Dr. Uribe, coincidido con AB, reentrada nodal típica, indicación sin dudas de ablación por catéteres, procedimiento rápido y extremadamente seguro, y por suerte curativo, vale la pena y en USA hay centros con mucha experiencia en el tema aunque creo que ya quemaron casi todas las reentradas nodales, deben quedar pocas, su nieta padece una de ellas, cordiales saludos

Francisco Femenia

Estimado Damián: no he podido ver los trazados que se están discutiendo, pero quiero hacer un simple comentario con respecto a tu afirmación *"la no relación constante de RP Vs PR me hace descartar un fenómeno por reentrada"*. Te invito a leer un artículo en la Revista Electrofisiología y Arritmias de Yoo y col, sobre alternancia de los intervalos del ciclo en las taquicardias paroxísticas ventriculares por reentrada (IN o por vía accesorio). En él verás que el mecanismo puede preservarse a pesar de la persistencia de la reentrada (utilizando vías alternativas).

Un abrazo

Pablo A Chiale

Taquicardia QRS estrecho algoritmo: REVISAR y comparar con mi caso. Sigo con dudas.

El algoritmo diagnóstico que sigo:

1. Taquicardia de QRS angosto y regular (se descarta TV en 95% de los casos, FA y aleteo con conducción variable)

2. Donde está la P?

Si precede al QRS y es positiva (en cara INFERIOR): Taquicardia sinusal

Si precede al QRS y es negativa (en CARA INFERIOR): taquicardia auricular baja

Si hay ondas en "serrucho": aleteo auricular si es regular

Si no se la ve onda P: **Reentrada intranodal típica** o taquicardia de la unión

Si se observa luego de QRS, se dividen en:

a. $RP < PR$: **Reentrada intranodal** ($RP < 80$ ms) o **reentrada ortodrómica (vía accesorio)** ($RP > 80$ ms)

b. $RP > PR$: Reentrada **intranodal atípica**

Por lo tanto, en Taquicardia QRS angosto, regular (a 150 lpm) mis diagnósticos diferenciales serían:

1. Reentrada ortodrómica (parece verse onda P luego del QRS con $RP < PR$ pero $RP > 80$ ms)
2. Reentrada intranodal típica (con vía rápida conduciendo más lento que lo habitual)
3. Siempre a 150 por minuto pensar en aleteo auricular
4. Taquicardia auricular

Maniobra diagnóstica: masaje seno carotideo. Si termina: RIN u Ortodrómica, si enlentece permitirá ver ondas de aleteo, si no pasa nada sigo con: Adenosina.

Benjamín Uribe

Hermoso algoritmo. Lo felicito. Sencillo y fácilmente aplicable.

Obviamente diseñado por una mente superior

Saludos

AB

Gracias por la cita, la voy a revisar. No obstante tengo dudas acerca de un fenómeno reentrante ya que la activación auricular me impresiona cefalo-caudal.

¿Sería muy errado pensar en una taquicardia por doble paso nodal AV? ¿O en un foco próximo a la VPSD o VPSI?

Perdón que pregunte tanto (aunque acá creo saber la respuesta): Existe el ECG en donde se observe la interrupción de esta TPS para ver el lugar en el que ocurre el bloqueo?

Gracias PAC

Saludos a todos!

TPC Damián Longo

Dr. Adrián, su algoritmo dice: por eso lo envié.

Si no se la ve onda P: **Reentrada intranodal típica** o taquicardia de la unión

Pero en el de mi nieta usted mismo DICE que se ven ondas P, yo las veo, en V1 después del QRS, En DII las veo antes del QRS, aunque hay complejos que no tienen ondas P, además de la alternancia eléctrica muy marcada más en AVL. Entonces que estos cambios en la onda P, y la alternancia eléctrica ¿a qué se deben?

Porque dice que es reentrada intranodal típica si se ven las ondas P.

Su algoritmo dice: Si se observa las P luego de QRS, se dividen en:
a. $RP < PR$: **Reentrada intranodal** ($RP < 80$ ms).

Además es intranodal o intranodal típica, y el tratamiento ablación. Las interrogantes son los cambios de la onda P, entre VI y DII y la alternancia más en aVL, es que no le encuentro explicación?

Perdone tanta molestia e insistencia pero el que no pregunta no aprende.

Gracias

Benjamín Uribe

Hola Damian

No entiendo tu email.

Creo que estas confundido en este caso. Esta es una reentrada intranodal típica. O sea por mecanismo de reentrada nodal AV.

¿A que te referis con una “taquicardia con doble paso nodal AV”? El riesgo de usar nomenclatura NO establecida internacionalmente es que nos perdemos en la discusión. Si te referis a doble vía, pues bien, el mecanismo de la doble vía ES la reentrada, por lo tanto sigue siendo una reentrada.

Si te referis a un 1:2 (o Twoofy del Ingles coloquial), debieras ver una onda P seguida de dos QRS. Y este NO es el caso. Este caso fue presentado por un colega que es cardiólogo clínico para que lo ayudemos a resolver el problema, no es un caso presentado por un maestro para plantear discusión.

Si hacemos de nuestra especialidad chiquitita un maremoto de complejidad, lo único que logramos es quedarnos solos.

Luego cuando hablas de foco en VPSD o VPSI volvés a meter la pata. Esas son arritmias automáticas!!!!

Sugiero: 1. Relectura de los mecanismos de las arritmias; 2. entender la diferencia de un caso que se presenta para buscar una solución clínica (como el caso Buribe) de un caso presentado para discusión que lo podemos seguir hasta el fin de nuestros días.

Recibe un fuerte abrazo
AB

Hola Adrián:

Me refería a un 1:2. Lo mencioné de esa manera porque así lo leí hace unos años atrás de un hermoso libro de Arritmias Cardíacas de Elizari-Chiale (primera edición) en el capítulo de "taquicardias auriculares infrecuentes". Lo menciono porque noto esbozos de onda P superpuestos con 1 QRS de cada 2. Tal vez sea imaginación mía o parte de la misma alternancia que mencionó también el Dr. Uribe. Y lo de la TA focal es porque me sugiere pensar que las ondas P superpuestas en cada QRS conducen hacia el siguiente complejo (PR largo). Todo esto me pasa por no entender la positividad de la P en cara inferior.

Ahora, hay TRIN que no cortan con maniobras vagales, es esto así? Por eso me gustaría ver el final. Lo voy a buscar en mis sueños.

Vuelvo a decir Lindo ECG! Gracias por retrasar mi Alzheimer. Y a todos por enseñarnos tanto.

Mis saludos

Damián
