

Paciente femenina de 60 años con palpitaciones - 2010

Dr. Javier Encinas Landívar

Paciente de 60 años, gente de campo, que desconoce antecedentes patológicos previos, excepto que tuvo un episodio de arritmia hace un tiempo, un año aproximadamente que precisó atención médica; no supo explicar qué le hicieron.

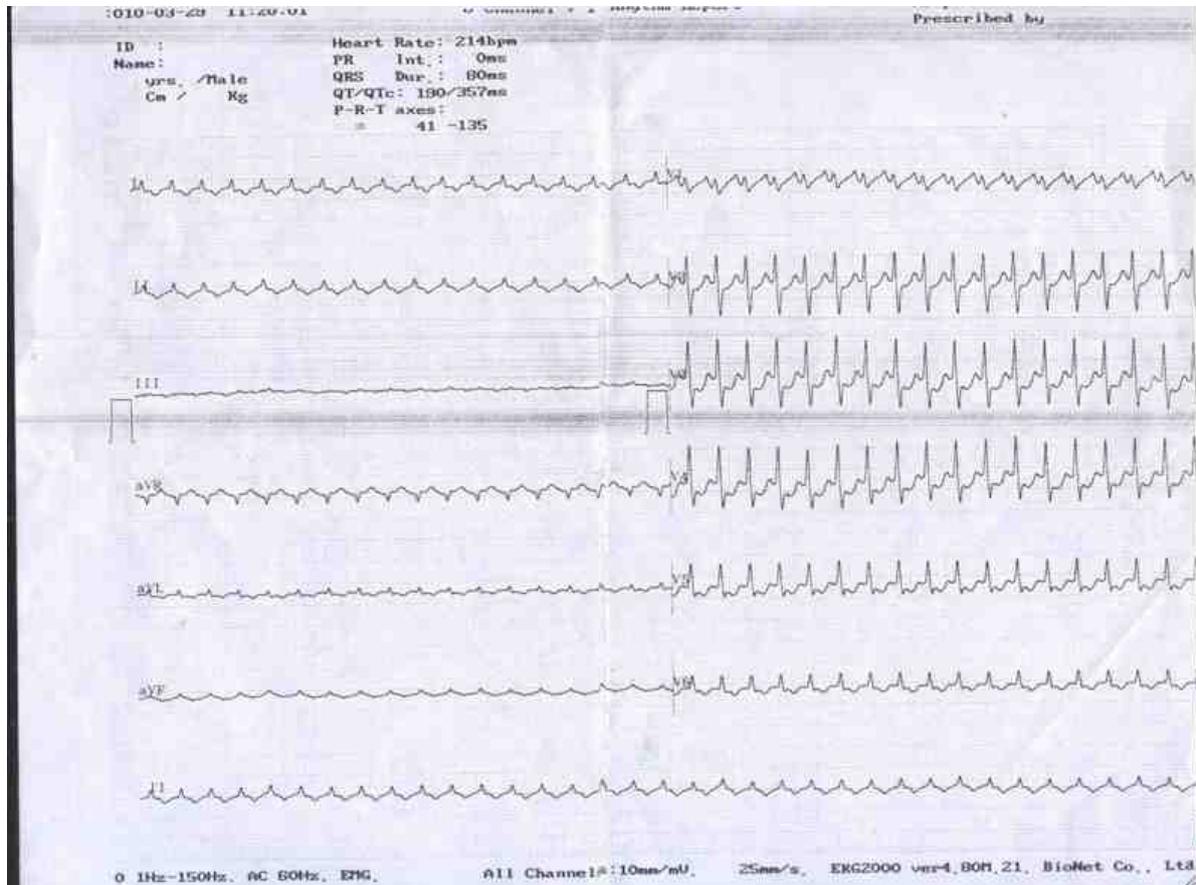
Desde ese tiempo presentaba episodios de palpitaciones rápidas autolimitadas, pero este último episodio que la llevó a consultar comenzó a las 21:00 y no cedió, por lo cual acude a hrs 04:00 am y se le toma este electro.

Se queja de precordialgia y tiene presión baja

¿Diagnóstico y conducta?

Un abrazo

Javier



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Javier

Gracias por el caso:

1. Taquicardia de QRS angosto (casi quedan descartadas la TV) > 200 bpm
2. Regular (casi descartada FA, aleteo auricular con conducción variable y taquicardia auricular multiforme)
3. Onda-P retroconducida con $RP < PR$ (queda descartada la reentrada nodal atípica)
4. El RP parece ser entre 80-100 mseg.

Diagnósticos diferenciales en orden:

1. Taquicardia ortodrómica, utilizando una vía accesoria en forma retrógrada
2. Taquicardia reentrante en el nodo AV (típica o lenta-rápida)
3. Taquicardia auricular con conducción 1:1
4. Aleteo Auricular con conducción 1:1

Conducta

1. Si paciente descompensada cardioversión sincronizada
2. Si tolera maniobras:
 - 3.a. Masaje del SC: puede ser diagnóstica (aleteo) o terapéutica (reentrada ortodrómica)
 - b. Adenosina 12 mg EV, si no corta: verapamilo (si la TA lo permite) o pasar a punto a.
4. Una vez resuelta: EPS + Ablación

Salud

Adrián Baranchuk

A jugarse. TPSV por reentrada en vía accesoria. Habría que ver un ECG en sinusal para ver si es una vía abierta u oculta. En el momento de asistirlo masaje del seno carotídeo y luego Adenosina. A largo plazo EEF y ablación.

Alejandro Cuesta. Montevideo. Uruguay

Hola Javier

Encuentro raro el aspecto de las derivaciones de los miembros.
Me parece que intercambiaron el brazo izquierdo por la pierna derecha.
Eso explicaría el D III casi isoelectrico y D I y D II practicamente iguales.

Saludos

Daniel Banina. Montevideo. Uruguay

Totalmente de acuerdo con este intercambio de electrodos. Los electrodos que conforman DIII están muy juntos y alejados del corazón.

Si la activación auricular se hace en sentido caudo craneal la onda P negativa en DI no tiene mucha lógica. El polo positivo de la derivación I está en MMII y el negativo está en el brazo derecho, por lo tanto esta DI que apreciamos es algo parecido a la DII real. De todas formas hay algo que no me cuadra porque si esto fuera así aVL y aVF deberían ser iguales.

Hay que tener en cuenta que al mover el electrodo de la pierna derecha a extremidades superiores la conformación de las derivaciones precordiales se ve ligeramente afectada. De todas formas, y aunque sería conveniente ver el ECG basal de este paciente, el RP orienta a una taquicardia ortodrómica.

Un abrazo

Javier García Niebla

Estimado Javier:

- El ECG es el de una taquicardia regular a complejos angostos
- Sugiere taquicardia por reentrada AV u ortodrómica por vía accesoria posterior izquierda por la presencia de P separadas del QRS negativas en DI, DII y DIII.
- Por supuesto que no puede descartarse una taquicardia auricular izquierda pero esto sería más raro.
- Creo que no debe hablarse de RP y PR porque esta relación depende de la frecuencia de la taquicardia (si esta es muy rápida (como el caso actual, entonces todos los RP pueden ser mayores que el PR. Es preferible hablar entonces del RP. Si es menor a 100 ms pensar en reentrada nodal. Si es entre 100 y 200 ms pensar en taquicardia por reentrada AV y si es mayor de 200 ms pensar en las posibilidades de las "taquicardias con RP largo".

En este caso el RP impresiona esta cercano a 120 ms.

- como refiere la historia clínica hay repercusión hemodinámica (hipotensión). Esto no contraindica y por lo tanto le haría primero masaje del seno carotídeo y luego si no responde, adenosina 12 mg. Si no revierte o no se objetiva bloqueo AV transitorio le haría cardioversión eléctrica. El verapamil o el diltiacem intravenosos no deben usarse cuando hay repercusión hemodinámica. Debe destacarse que el cese de la taquicardia con adenosina no descarta que se trata de una taquicardia auricular.

-Luego del alta lo coordinaría para ablación.

Saludos cordiales.

Diego Freire

Prof. Agr. Cardiología
Hospital de Clínicas UDELAR
Montevideo. Uruguay
