

Taquiarritmia en paciente de 70 años

Dr. Juan José Sirena

Hola Amigos

Desearía su opinión

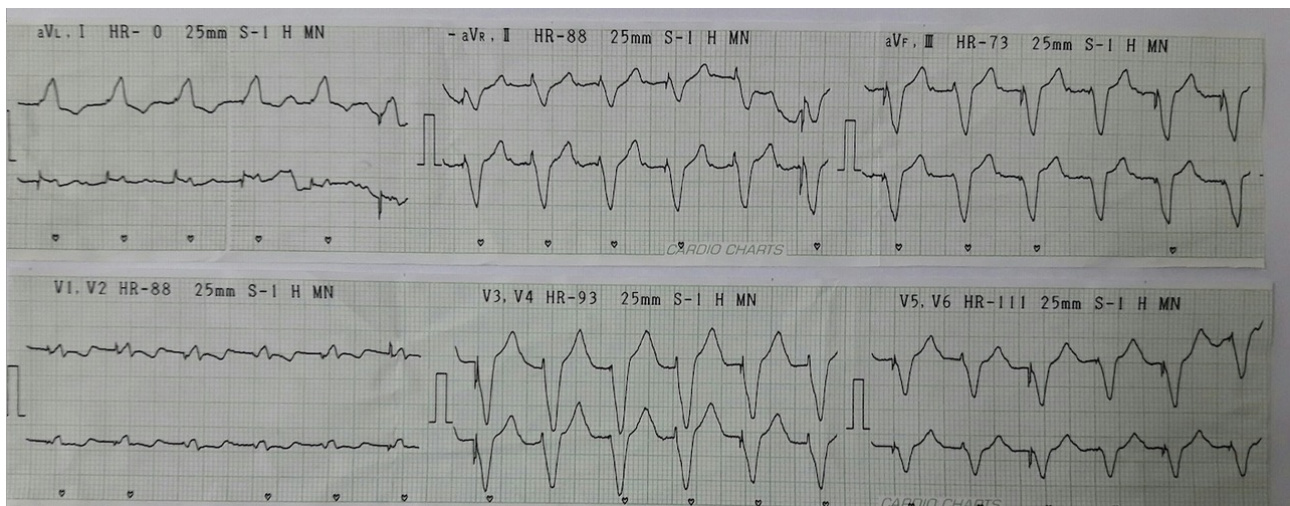
Paciente de 70 años ingresa por disnea clase funcional 3; palpitaciones rápidas, hipotension, piel fría y sudorosa.

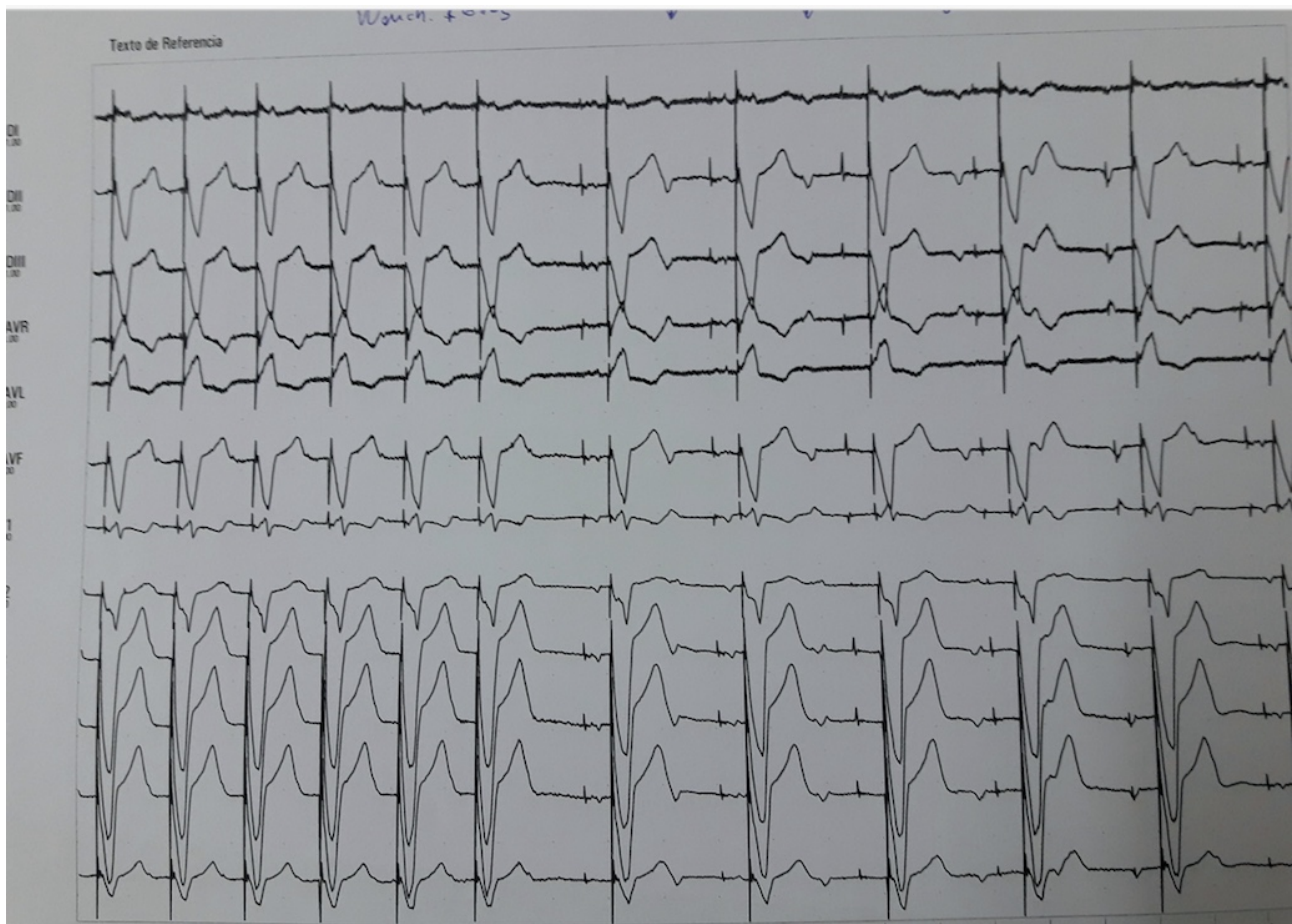
¿Su diagnóstico

¿Conducta?

Abrazos

JJ SIRENA





Non reentrant AV synchrony.

Posiblemente el marcapasos sea St Jude.

Se debe re programar. Depende el fabricante. Trata de acortar el intervalo AV para disminuir la posibilidad de conducción retrógrada

Cordialmente

Sergio Pinski.

Hola amigos

En el tercer EKG, en la mitad izquierda del trazado se observa adecuada detección sinusal, 80 lpm, con intervalo SAV largo (un algoritmo de búsqueda del intervalo AV); al centro, se pierde la detección atrial y se inicia la estimulación atrial (que tampoco captura); la onda P es ahora negativa inferior y en aVR, positiva en V1, luego cambia de polaridad (ritmo atrial multifocal), sin observarse un patrón que sugiera conducción "retrógrada" (está disociado); el paciente entonces entra en ritmo de marcapasos DDD= 60 lpm, sin captura atrial

El segundo EKG se inicia con estimulación DDD, sin captura ni detección atrial, se prolonga el PAV (un algoritmo de búsqueda del intervalo AV) y se inicia estimulación en modo VAT, nuevamente aparece la onda P sinusal, la cual es adecuadamente detectada, y es lo que también se observa en el primer EKG

Este comportamiento de frecuencias cambiantes en presencia de falla de detección atrial puede hacer pensar en una taquicardia mediada por marcapasos (PMT), pero no se observa seguimiento de la P "retrógrada", sino más bien falla de detección.

Por tanto, buscaría la explicación de los síntomas en un evento isquémico u otro, con taquicardia sinusal secundaria en ese momento; puede existir síndrome de marcapasos en el momento de la falla de captura; y revisaría el umbral de estimulación y detección del electrodo atrial así como los eventos almacenados.

Oswaldo Gutiérrez

Hola amigos,

Interesante caso. En principio estoy de acuerdo con Oswaldo.

El ECG1: se observa un AS-VP siguiendo la A, no me impresiona taquicardia mediada por MCP porque la frecuencia es alrededor de 112 lpm.

El ECG 2: inicia con AP-VP prolongando el AV, no parece capturar A, la frec del AP esta un poco incrementada, quizás un algoritmo o colocación de imán o cabezal; luego continua con AP-VP y con AS-VP

El ECG 3 se lo podría dividir en 2 zonas, a la izquierda el MCP hace un seguimiento auricular AS-VP, luego hacia la parte derecha se presenta un ritmo auricular ectópico y es en ese ritmo ectópico bajo que no sensa la A y se pone en AP-VP, pero no sensa ni captura A.

La conducta con respecto al MCP, seria revisar la programación de base con algoritmos activados y hacer todas las mediciones de rutina, en especial la medida de P y el umbral A, si el sensado A es suboptimo se puede hacerlo mas sensible aumentando sensibilidad y quizás necesite también aumentar la salida A.

Con respecto al cuadro clínico, no creo que se explique solo por estos ECG.

Buen caso, gracias y escuchemos más opiniones.

Fernando Malpica Cervantes

Hola amigos,

Así como está planteado el caso "disnea CF III y bajo gasto" sin ningún otro dato, y con esos ECG, impresiona como un síndrome de MP por falla intermitente de sensado y captura atrial.

Es muy difícil realizar un análisis más profundo con tan pocos datos. ¿Hay algún otro dato clínico significativo? ¿Tiempo de colocado? ¿FEVI? ¿Fiebre? etc.

Saludos,

Daniel Banina-Aguerre

Hola estimados

Mi humilde interpretación

El Paciente me consulta por primera vez.

Tiene un DDD ST J.

Interpreté según el primer ECG una TMP por ELT endless loop.

Puse un imán y son los trazados 2 y 3 ECG siguientes.

En el tercer trazado parte central veo conducción VA tipo Wenchebach con distinta morfología y polaridad a la estimulada

No pude en principio manejar con PRAUR.

Lo puse en DVI directamente.

Actualmente a los 5 días no síntomas y puse Holter

¿Me sugieren otra cosa? u ¿otro manejo de parámetros?

JJSIRENA

Estimados colegas

Endless loop tachycardia y repetitive non-reentrant AV synchrony son las 2 caras de la misma moneda. En la primera la onda P retrograda es trackeada; en la segunda cae en PVARP y resulta en un estímulo auricular en el periodo refractario del miocardio. El estímulo ventricular subsecuente captura y hay conducción retrógrada, perpetuando la secuencia.

Es más común en marcapasos St Jude, porque carecen de un interval Non competitive atrial pacing o similar.

Programar DVI (o DDI), es decir un PVARP infinito elimina, endless loop tachycardia, pero no la repetitive non-reentrant AV synchrony.

El marcapasos no tiene ningún problema de sensado o captura auricular.

Te sugiero que acortes el intervalo AV (incluyendo apagar el VIP algoritmo) como primer paso.

Realmente, no entiendo por qué intentan reinventar la pólvora. Todo esto está descrito desde 1990 y cualquier especialista en marcapasos lo debería saber

Esta es una revisión reciente, bastante comprensiva

[http://www.heartrhythmjournal.com/article/S1547-5271\(16\)30161-8/abstract?rss=yes](http://www.heartrhythmjournal.com/article/S1547-5271(16)30161-8/abstract?rss=yes)

Algunas conversaciones recientes de alto nivel en Twitter sobre este tema

<https://twitter.com/adcaTicTocDoc/status/839195479594389504>

<https://twitter.com/narrowQRS/status/831927776152264704>

Cordialmente y buen domingo

Sergio

Sergio L. Pinski, MD, FHRS

Robert and Suzanne Tomsich Department of Cardiology

Cleveland Clinic Florida

No me parece RNRAVS porque se requiere una conducción V-A constante y en este caso, el ritmo atrial (cuya polaridad es cambiante) está disociado, no existe conducción VA preservada

Saludos

Oswaldo Gutiérrez

Hola

Envío este paper que escribimos hace un tiempo que tal vez puede ayudar a entender lo que dice Sergio (1).

Saludos.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC FCCS

Professor of Medicine (Tenure)

Queen's University

Kingston, Ontario, Canada

Editor-in-Chief, Journal of Electrocardiology

(1) El paper ***Interesting Snapshot in a Dual Chamber Pacemaker: What's the Mechanism?*** está disponible para quién lo solicite

Creo que el Dr. Gutierrez tiene razón.

Moraleja: debo mirar los ECG en una pantalla grande en lugar del telefonito antes de opinar

Disculpen

Sergio

Sergio L. Pinski, MD, FHRS

Robert and Suzanne Tomsich Department of Cardiology

Cleveland Clinic Florida

Hola amigos

¿Ayuda algo para comprender lo planteado? Y aprender desde luego de ustedes

En modo DDD

Saludos

JJ Sirena

