

# Taquicardia inducida en el laboratorio de electrofisiología

Dr. Mario D. González

Espero que les guste este caso que estudiamos hoy.

Mujer de 52 años de edad con larga historia de palpitaciones regulares que solían terminar con maniobras vagales pero nunca fueron documentadas.

Se le diagnosticó un defecto en el septum secundum hace 6 meses con Qp/Qs de 2.8:1. El defecto fue reparado con un Amplatzer. El ecocardiograma ahora es normal excepto por leve aumento del tamaño del VD.

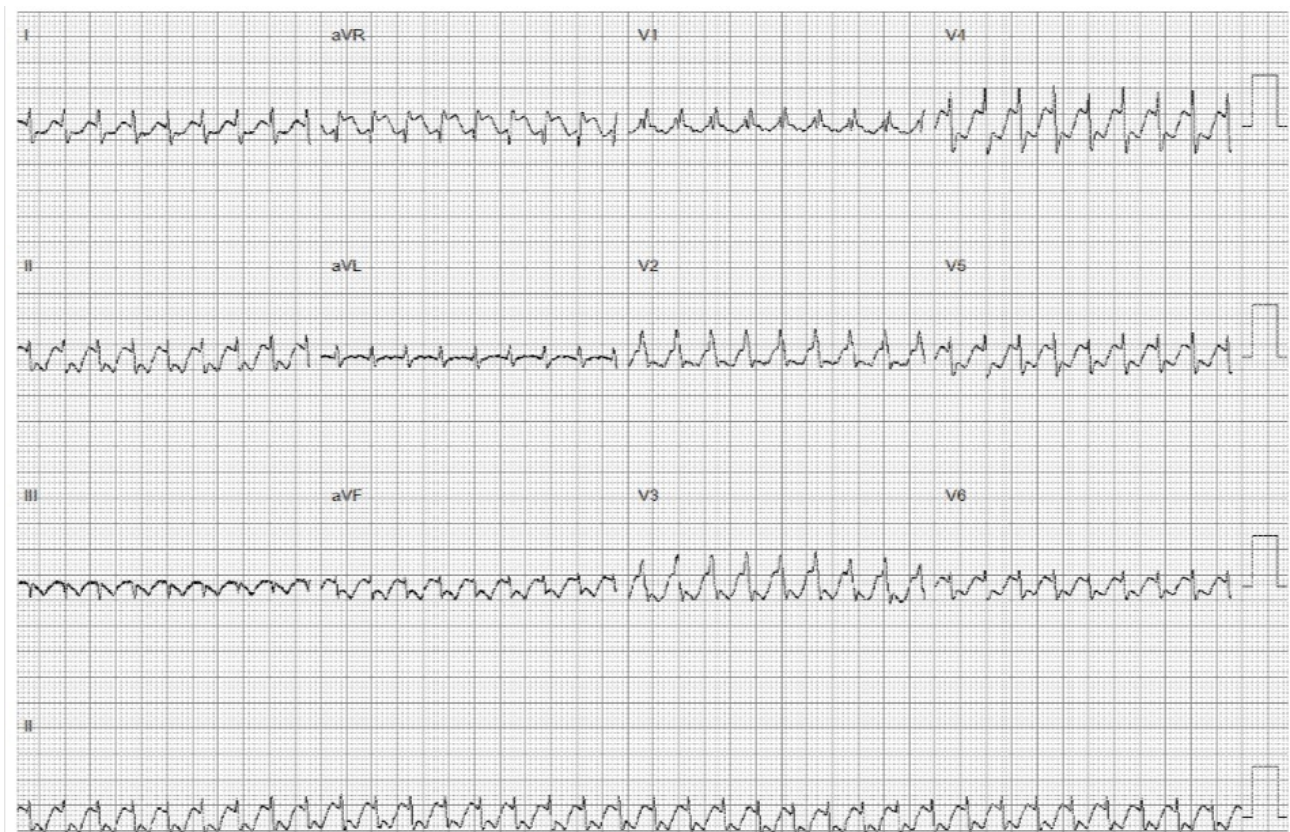
Luego del procedimiento las taquicardias se volvieron de larga duración y no las puede terminar con maniobras vagales.

Hoy pudimos inducir esta taquicardia que adjunto tanto con estimulación auricular como ventricular durante la infusión de isoproterenol.

Que les parece?

Saludos,

Mario D. Gonzalez





---

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Mario,

Mi diagnóstico es taquicardia auricular primero con conducción 1:1 y luego 2:1.

Por el análisis de la onda P corresponde a una taquicardia auricular del sector inferior del anillo tricuspídeo.

Gracias por compartir tus casos, que siempre uno aprende mucho de tí.  
un abrazo

Daniel Banina  
Montevideo  
Uruguay

---

Mario con sus casos siempre nos sorprende. ¡¡¡Qué habrá diagnosticado!!!

1. No tiene TRAV porque presenta bloqueo 2:1. No hay vía accesorio.
  2. DD entre AA y TA, aunque TRNAV atípica podría ser incluida. AA y TA no revierten con maniobras vagales. Esta sí. Si es la misma que no se documentó con anterioridad.
  3. AA y TA generalmente no se inducen con estimulación ventricular, sí es posible en la TRNAV atípica.
  4. El RP/PR son similares, hay que hacer DD con TA y TRNAV atípica L-L.
  4. El ISO puede inducir TA y TRNAV.
  5. Hay un procedimiento quirúrgico en el medio. También un AA auricular atípico no istmo dependiente podría incluirse.
- Esta es mi orientación desde el ECG. Veremos el EEF y el mapeo 3D.

Oscar Pellizzón.

---

Yo diría que se trata de una taquicardia auricular con bloqueo AV 2:1 que con la infusión de isoproterenol se pone uno a uno. La onda P de la taquicardia es negativa en cara inferior y negativa en V1 lo que habla de una activación de abajo hacia arriba y hacia atrás. Se descarta la participación de un haz anómalo en el mecanismo de la taquicardia pero no descartaría algún tipo de reentrada nodal con bloqueo distal del His ya que respondía a maniobras vagales.

Saludos!

Alfredo Del Río

---

Amigos del FIAI

El caso del Dr. González me impresiona una Taquicardia por Reentrada AV Ortodrómica. Conduce con BRD y HBAI por aberrancia.

En V1 se ven lo que yo interpreto como las ondas P retrógradas sobre el ST.

Saludos

Alejandro Ventura

---

Buenas. El diagnóstico diferencial sería aleteo auricular vs taquicardia auricular (foco cercano a la boca del seno coronario). En el primer Ecg uno se inclina a pensar en un aleteo con conducción AV 1 a 1....pero en el segundo ECG donde la conducción es 2 a 1 llama la atención en precordiales derechas la presencia de línea isoelectrónica entre P y P. Es necesario realizar maniobras en el laboratorio para diferenciarlas.

Fernando de Valais.

---

Hola a todos; con respecto al caso del Dr. Mario, taquicardia inducida en laboratorio Considerando los ANTECEDENTES de la efectividad de las maniobras vagales en terminar los episodios de palpitaciones da a pensar una participación nodal. Y pensando en la cirugía de oclusión con Amplatzer. Una reentrada a nivel auricular.

CREO ENTONCES POR LOS ECG CON BLOQUEO 2/1 EN UN REGISTRO, HABRIA QUE DESCARTAR TA

Y el registro con conducción más rápida una RNAV. PREEXISTENTE.

CONCLUYENDO. UNA TA QUE PONE DE MANIFIESTO UNA RNAV

Alfredo Cagnolatti

---

Estimado Mario:

Espero que sigas subiendo casos similares porque se muy poco de origen de las taquicardias auriculares y me parecen muy interesante tus aportes.

Este caso presenta ondas P + en aVL y aVR, - en DII, DIII y aVF; +/- en V1 y V2, - en el resto de las derivaciones precordiales por lo tanto se dirige de abajo arriba y atrás; y de izquierda a derecha. Una probabilidad es que se origine en el septum izquierdo inferior.

Veremos que me enseñas

Afectuosamente

Isabel Konopka

---

Estimados amigos y colegas,

Gracias a todos los que enviaron comentarios. Aquí les adjunto los trazados del estudio electrofisiológico que hicimos con el Dr. Mauricio Sendra. La paciente tenía una



**taquicardia por reentrada nodal de tipo rápida-lenta.** Me parece importante compartir este caso porque esta taquicardia con frecuencia se confunde con una taquicardia auricular. No estoy de acuerdo con la denominación de reentrada "atípica", porque es solo una de las variantes de reentrada nodal. Decir atípico no ayuda a entender el mecanismo. Tampoco es rara. Ayer tuvimos dos casos consecutivos con el mismo mecanismo de reentrada nodal.

Que una taquicardia responda a maniobras vagales o a adenosina no implica necesariamente que el nódulo AV esté involucrado. Las taquicardias auriculares focales debido a actividad gatillada, también responden a adenosina y a maniobras vagales. Otro punto a aclarar es que la estimulación ventricular con conducción retrograda 1:1 puede inducir fácilmente una taquicardia auricular. Lo mismo sucede con una taquicardia ventricular que puede ser inducida desde la aurícula cuando existe conducción A-V preservada. Como verán el A-H es corto (100 mseg) indicando conducción anterógrada por la vía nodal rápida. La vía retrograda es la lenta, porque la activación más precoz está dentro del seno coronario. En este caso unos 2 cm dentro del ostium. Esto explica la morfología y polaridad de la onda P. La estimulación par-Hisiana al comienzo del procedimiento (segundo figura) y la estimulación ventricular diferencial (no se muestra) descartaron vía accesoria oculta y **confirmaron vía retrograda nodal lenta**. Cuando conduce 2:1 es por bloqueo funcional proximal al His. Durante la reentrada nodal con conducción 1:1 hicimos sobre estimulación ventricular a 260 mseg cuando la taquicardia era de 280 mseg. Se ve que los dos últimos latidos son encarrilados con una secuencia de activación idéntica a la de la taquicardia (descarta taquicardia auricular). Para eliminar la conducción retrograde de la vía nodal lenta retrógrada mapeamos el seno coronario hasta encontrar la activación más precoz. La ablación elimino la conducción retrograda (ultima figura).

Espero que les sea de utilidad revisar este caso.

Saludos,  
Mario D. Gonzalez

