

¿Ritmo idioventricular o preexcitación? y si es preexcitación ¿cuál es el mecanismo electrofisiológico?

Dr. Diego Renato Villalba Paredes

Estimadas/os miembros del FIAI.

Dejo a su consideración este caso de la consulta diaria.

Mujer de 21 años con antecedentes de esquizofrenia tratada con clozapina desde hace 1 año aproximadamente.

Desde entonces siente mayor intolerancia al esfuerzo y palpitaciones paroxísticas únicamente en precordio.

Durante la consulta llama la atención la taquisfigmia correlacionada con ruidos cardíacos taquicárdicos.

Solicité un primer electrocardiograma (ECG) que verán en el anexo en orden cronológico. Se inició beta bloqueantes (bisoprolol 2,5 mg VO QD) y al día siguiente se obtiene el siguiente ECG, se descartó cardiopatía estructural con el ecocardiograma transtorácico (ETT).

Posteriormente en el Holter de 24 horas se evidencian latidos bizarros de QRS ancho (2 tira del Holter desde el tercer latido hasta el latido octavo o noveno) durante el sueño.

En base a lo expuesto mi reflexión diagnóstica es:

1.-La taquicardia es de QRS estrecho y regular a 170 latidos por minuto (lpm) aprox, es para mi imposible ver la onda P por tanto la clasifico en las de RP menor que PR (pero me cuesta en decir si es menor a 70 milisegundos o 90 milisegundos como dice la última guía). Veo alternancia de voltaje en el QRS (criterio muy inespecífico en algunos papers encontraron valor para argumentar hacia una taquicardia ortodrómica) y discreto infradesnivel del ST (de hasta 1.5 mm siendo otro criterio bastante discutido y encontrado en taquicardias ortodrómicas).

2.-Ya que el ECG no aportó mi diagnóstico diferencial entre una ortodrómica versus una reentrada nodal o incluso un aleteo auricular con conducción AV 2:1 sumo datos demográficos, por la edad se inclina hacia una ortodrómica incluida la ausencia de palpitaciones en el cuello.

3.-En los ECG basales sin taquicardia son casi anodinos y no observo preexcitación.

4.-Sin embargo al informar el Holter estos latidos bizarros aparecen con una longitud de ciclo más baja (1070 ms) a manera de un bloqueo en fase IV aparentan preexcitados y desaparecen al aumentar la longitud de ciclo (703 ms), excluyo el ritmo idioventricular en estos latidos porque todos son conducidos, no veo fusiones o disociación AV.

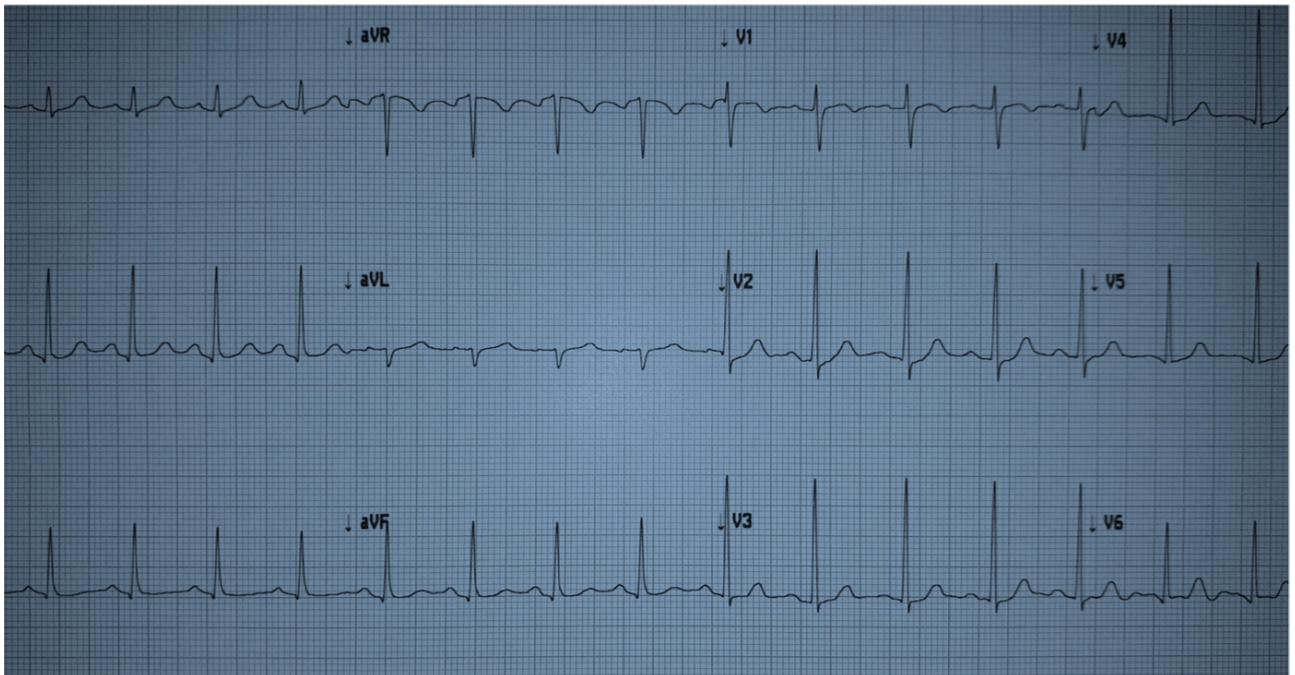
Lo raro es que son los únicos latidos durante todo el Holter y no aparecen en otros momentos a iguales longitudes de ciclo o menores.

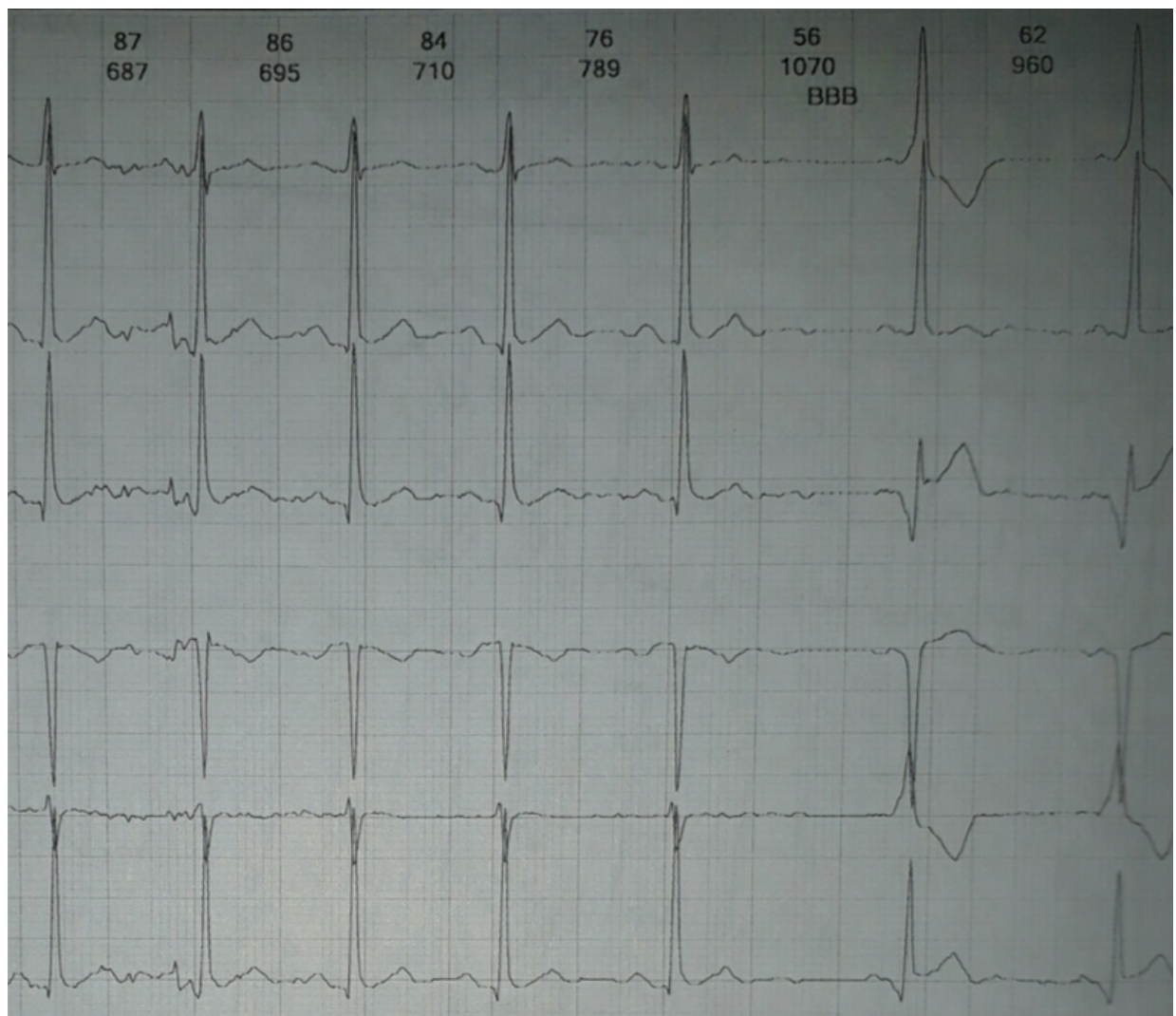
Si asumo que son preexcitaciones es una vía accesoria anterógrada muy enferma? El Holter lo pude imprimir en 12 canales y si es preexcitado la vía podría ser posteroseptal derecha?.

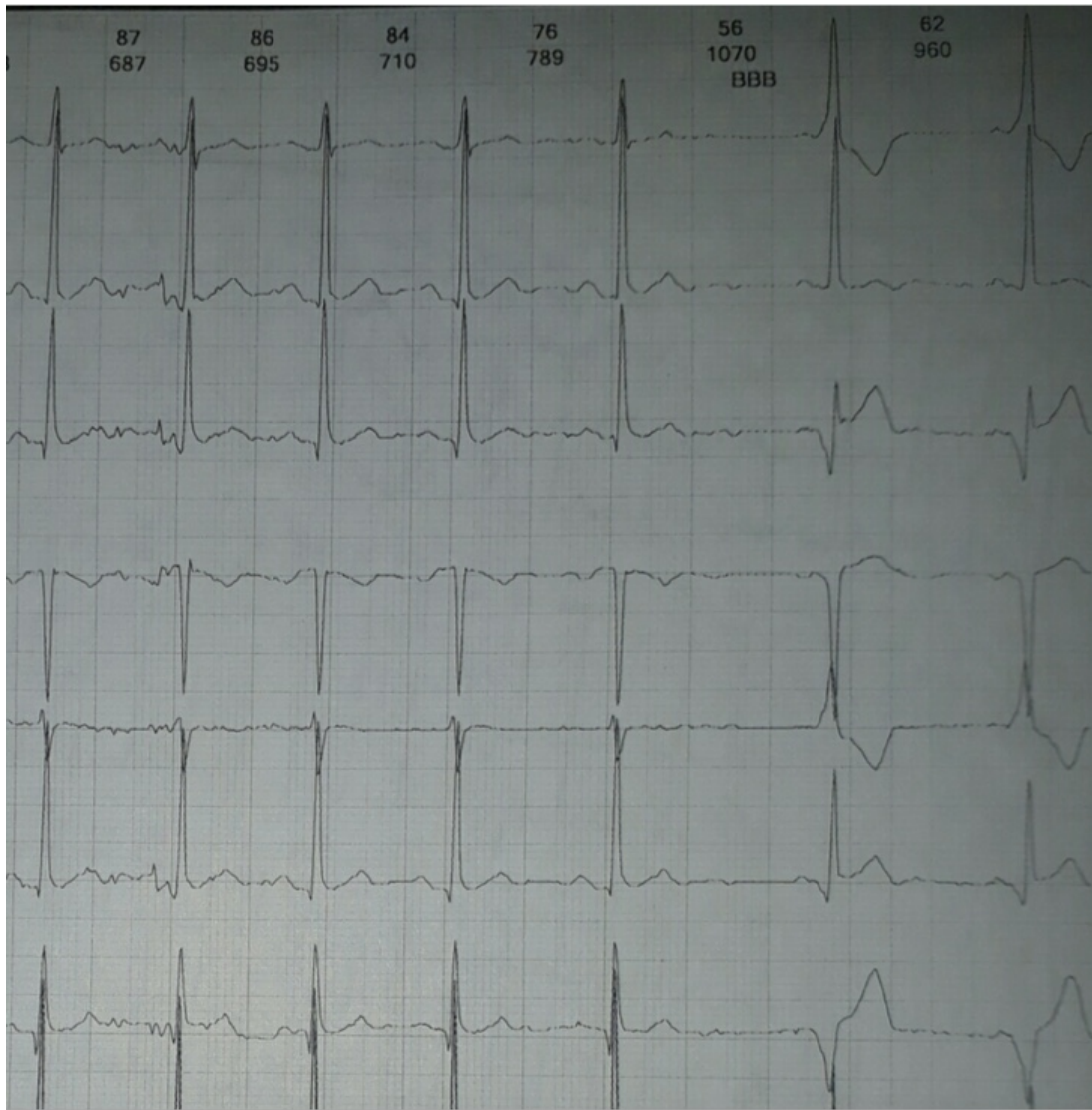
Gracias por sus opiniones, seguro que el diagnóstico definitivo lo tenemos con un estudio electrofisiológico (EEF) pero hasta ahí llegamos acá

Saludos Cordiales

Diego Villalba Paredes MD.
Quito – Ecuador.







Estimado Diego,

ECG en taquicardia: yo no veo la onda P, pero observo una alternancia muy marcada en la amplitud del QRS, lo que sugiere que corresponde a una taquicardia por re-entrada ortodrómica.

ECG en sinusal sin particularidad.

HOLTER: tiene pre-excitación intermitente.

En suma: en mi opinión, tiene un síndrome de WPW con pre-excitación intermitente y taquicardia ortodrómica.

Saludos,
Daniel Banina

¡Buen día Diego!

Coincido con Dr. Banina, taquicardia con QRS angosto 187 x'. Regular, tampoco distingo onda P. Inclina a pensar en TRAVO (taquicardia auriculoventricular ortodrómica) por el descenso del ST y supraST en aVR (según Dr. Pérez Riera este supra sería por onda P retrógrada).

En ECG post taquicardia no se observa preexcitación, me llama la atención V4-V5 y V6 donde se observa un descenso del PR y pareciera onda delta negativa.
En Holter como Ud. lo explica aparece QRS preexcitado, bradicárdico dependiente y según Holter de 12 derivaciones se trataría de una vía derecha, posteroseptal. Delta negativa en V1, en DIII y aVF, isodifásica en DII, transición antes de V3.
En resumen S° WPW intermitente en paciente de 20 años sintomática, indicaría ARF.

Saludos cordiales

Dr Juan Carlos Manzardo

Estimado Diego, de acuerdo a los puntos que planteas:

Creo que ya mencionaste muchos puntos por lo cual es una TSV por conducción ortodrómica por una vía anómala.

Con respecto a tus otros puntos puedo agregar:

Punto 1: En los pacientes con WPW solo en el 5-10% de las taquicardias supraventriculares son antidrómicas; esto dificulta el diagnóstico. A mi me impresiona ver una melladura a con un RP alrededor de los 100 mseg pero esto es siempre muy subjetivo y puede ser solo mi imaginación (fig1). En presencia de una taquiarritmia con QRS angosto el diagnóstico diferencial no siempre es fácil. El que tenga taquiarritmias que conducen en forma retrograda a 180 por minuto no me habla de una vía enferma.

Punto 2: Con respecto a este punto que planteas dudo mucho que un aleteo auricular presente una frecuencia de 360 por minuto; por lo cual pensaría que no lo es.

Punto 3: En este ECG con una frecuencia mayor a 100 por minuto no veo signos de WPW. Por eso generalmente uno realiza maniobras bradicardizantes para deprimir la conducción AV y que se manifieste la vía anómala.

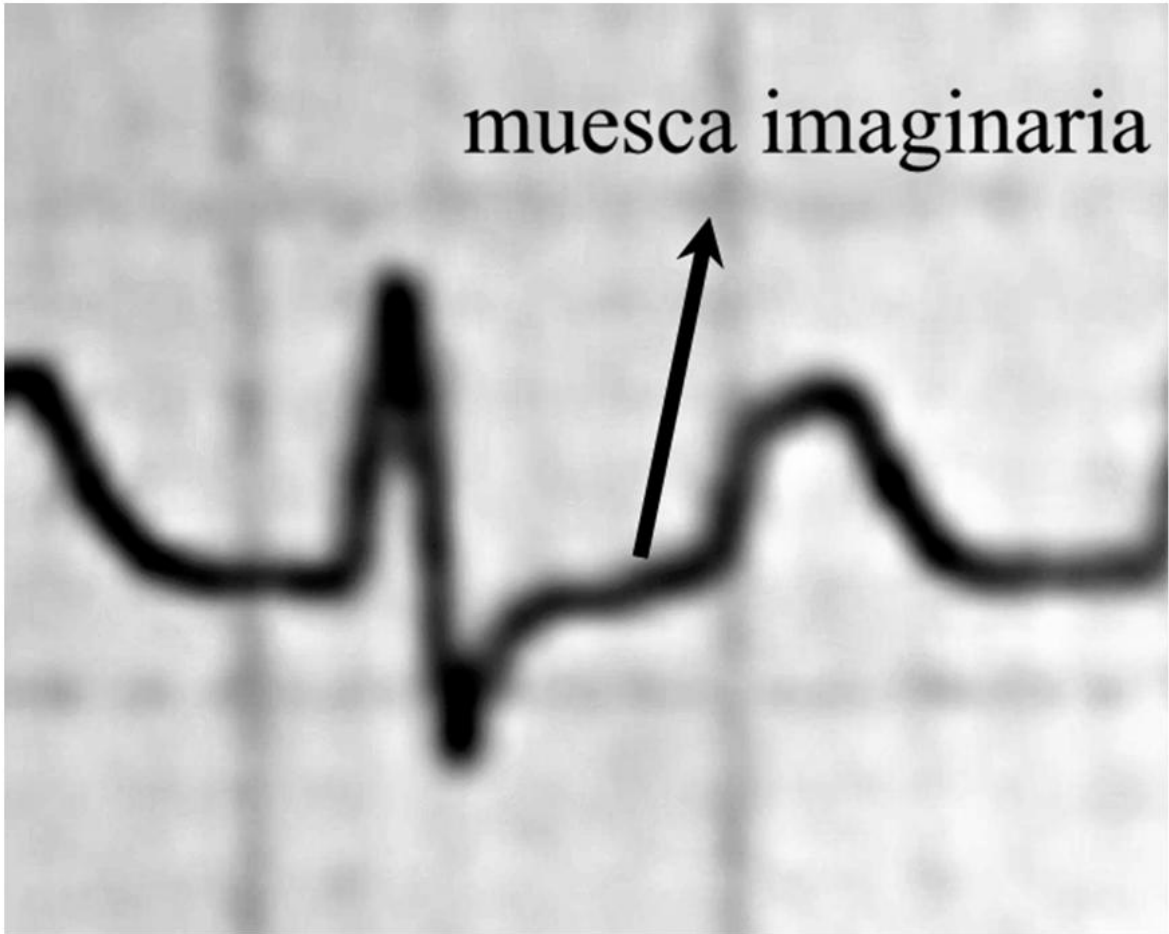
Punto 4: Esto no se puede comparar con un bloqueo en fase 4, sino simplemente a una disminución en la conducción AV que facilita y pone en evidencia la conducción antidrómica. No se si en los latidos previos no existe una fusión ya que las precordiales derechas tienen onda Q y parece observarse tb ondas delta en otras derivaciones (fig 2).

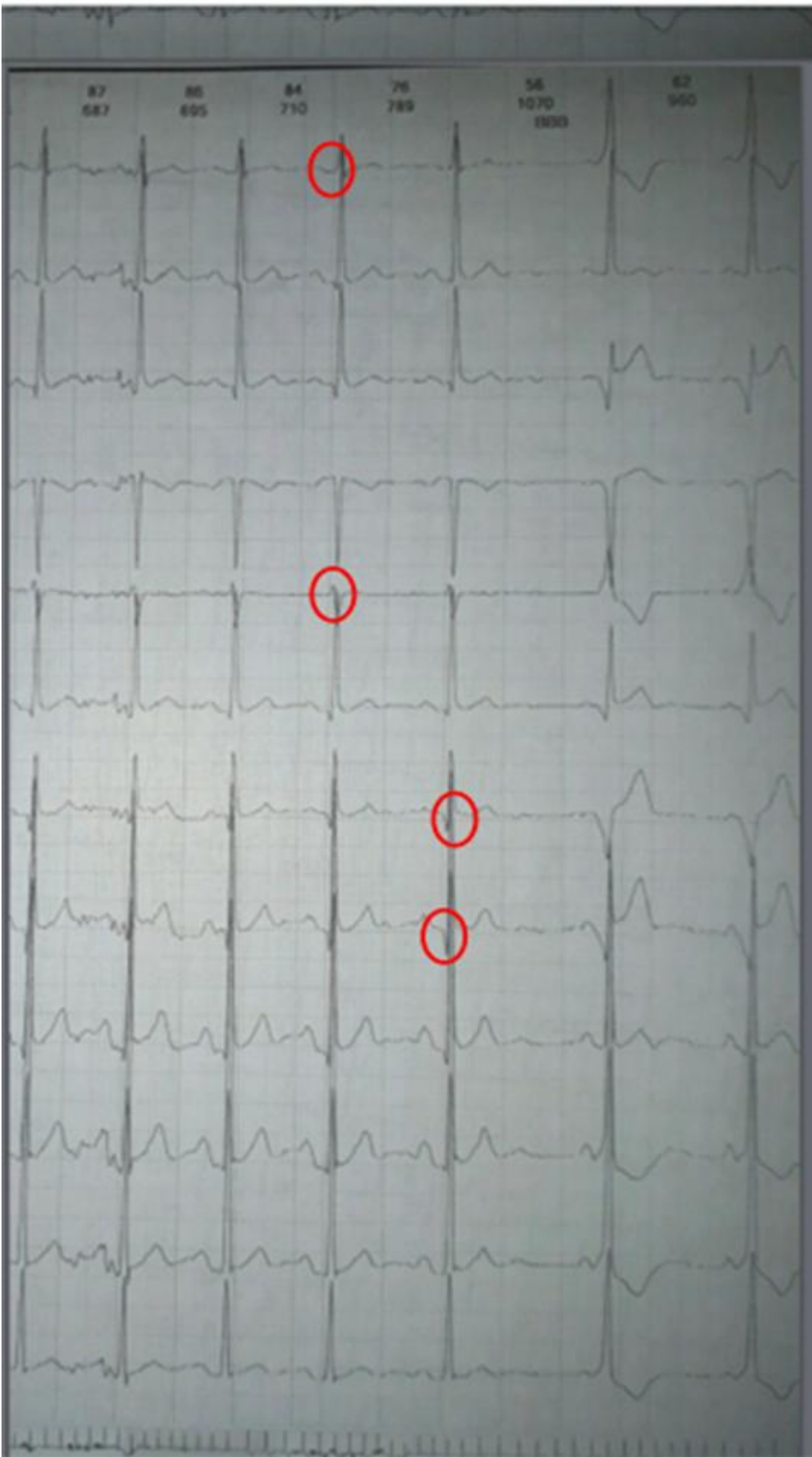
Como la onda Q esta presente en V1 y V2 yo ubicaría a la vía en una posición un poco más lateral del VD.

Afectuosamente

Isabel Konopka

muesca imaginaria





Estimado Diego. Creo que es una TRAV ortodrómica. El RP es de 100 mseg aprox. La P retrógrada está en la deflexión negativa de la T. Si observa bien allí hay una pequeña muesca. Asociado a la alternancia eléctrica y depresión del ST nos sugiere mucho el diagnóstico. Como Ud. dice, no es específico.

Pero el Holter le muestra clara preexcitación ventricular cuando se bradicardiza, demostrando que tiene PRE anterógrado muy largo aunque el retrógrado sigue siendo corto. La localización es póstero septal derecha. El EEF lo confirmará. Envíelo cuando lo tenga. Saludos.

Oscar Pellizzón.

Gracias por sus aportes queridos colegas y maestros/as (Isabel; Oscar; Juan y Daniel).

Saludos Cordiales

Diego Villalba Paredes MD.

Quito - Ecuador.