

# Taquicardia supraventricular recurrente en paciente femenina de 25 años

Dr. Mario D. González

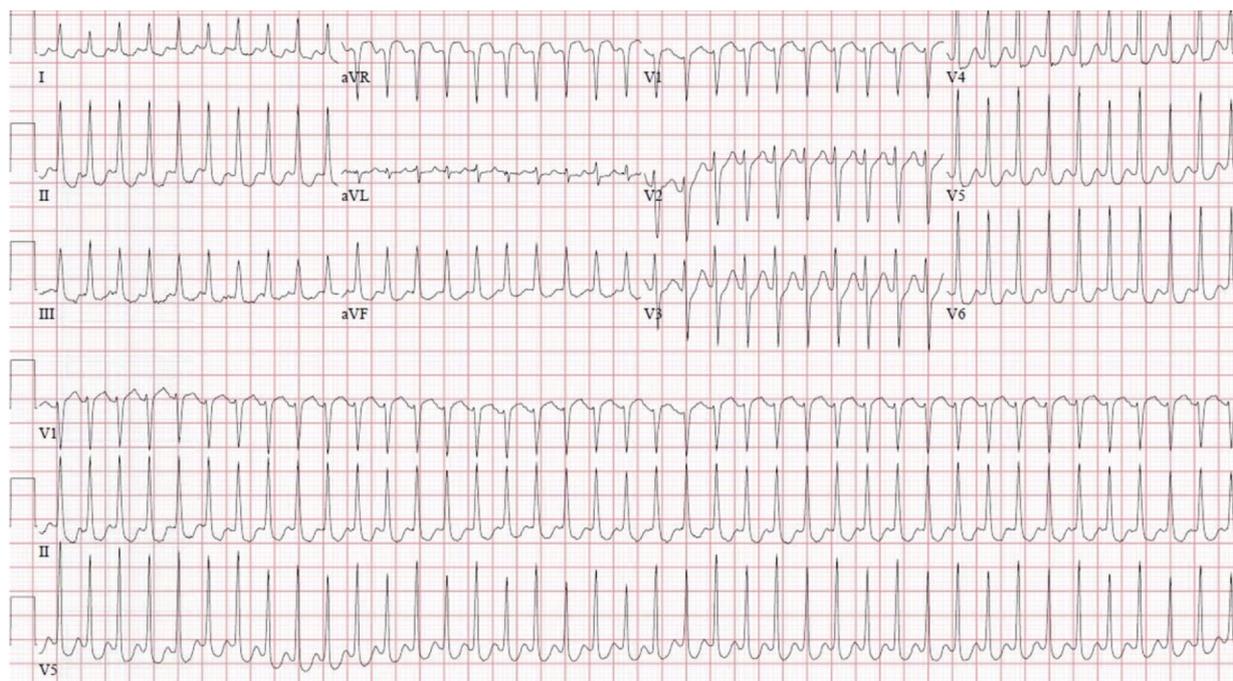
Estimados colegas,

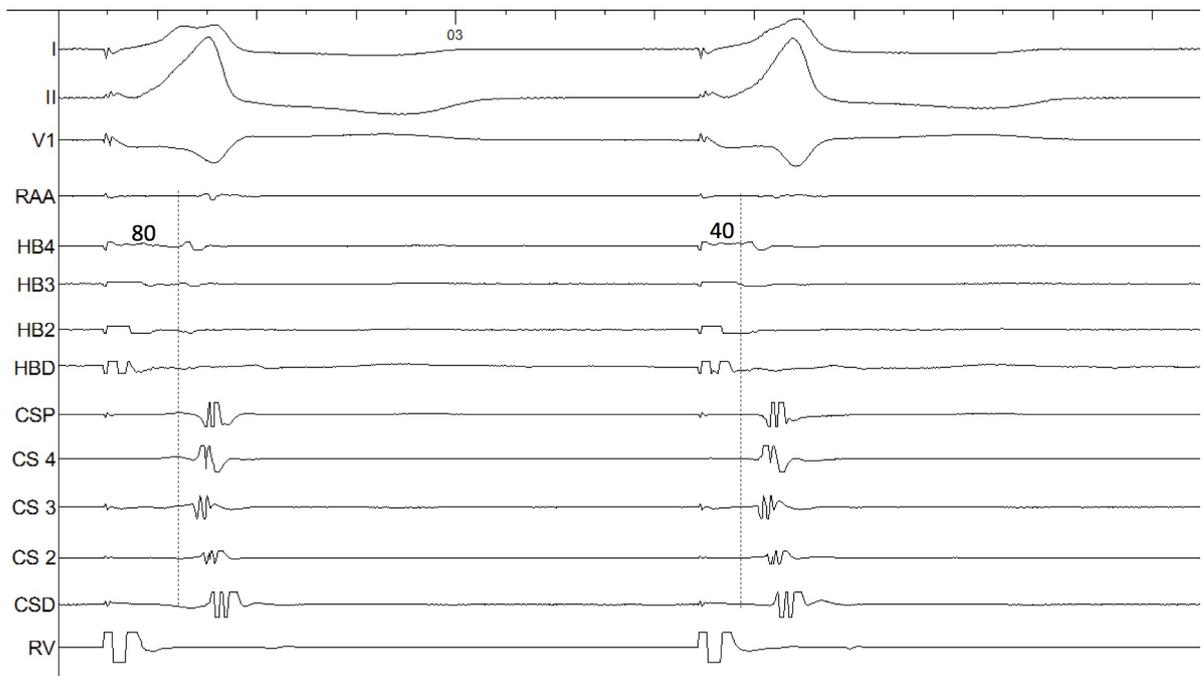
Les envío un caso de esta semana. Es una paciente de 25 años con palpitaciones rápidas, regulares, de comienzo y terminación súbitas desde que tenía 15 años. Tanto la frecuencia como la duración de los episodios han aumentado recientemente. La taquicardia que se adjunta terminó con adenosina. La paciente no tiene otros antecedentes de importancia y su examen físico y ecocardiograma fueron normales. Adjunto el marcapaseo para-Hisiano junto con el ECG de la taquicardia. El marcapaseo decremental del VD mostro conducción retrograda 1:1 por el nódulo A-V hasta una longitud de ciclo de 300 mseg.

No les doy más datos por ahora para hacerlo hacerlos pensar y para que sea más interesante.

Saludos,

Mario D. Gonzalez





---

## OPINIONES DE COLEGAS

Hola

Impresiona en ECG periférico una TPSV, y por la alternancia en la amplitud de los QRS con posible mecanismo por reentrada AV ortodrómica.

El intracavitario muestra activación más precoz en CS3 por lo que, la vía estaría en anillo Mitral posterolateral o cercano .

Saludos

Juan José Sirena

Sgo del Estero – Argentina

---

Buenas Noches Dr. Mario!

En ECG de superficie muestra una TPSV QRS angosto de 250 lpm aproximadamente, regular, 1:1 con  $RP > PR$ , alternancia eléctrica de los QRS, supraST en aVR, infraST de V3 a V6. Aparentemente ondas P' positivas en V1 y negativas en DI y cara inferior con InfraST en cara inferior. Probable vía accesoria posterior o posteroseptal izquierda.

Conduciría en forma retrógrada por vía lenta ( $PR > RP$ ).

En el registro endocavitario el electrograma auricular más próximo es CS3-4, la vía estaría en anillo mitral posteroseptal o posterior.

Espero opiniones de los expertos.

Respetuosos saludos

Juan Carlos Manzardo

Mendoza - Argentina

---

Buen Día.

La taquicardia es rápida y no veo claramente la P retroconducida. Pero el desnivel del ST y la frecuencia me hace pensar en una taquicardia ortodrómica.

En los electrogramas no me queda claro cuál es el estímulo que captura el His, pero pienso que el primer latido está capturando el hHis, por eso el VA a este nivel es más largo, y el segundo al no capturarlo, acorta el VA a nivel del His, pensando que se trata de una taquicardia ortodrómica mediada por una vía accesoria parahisiana,

Saludos.

Lisandro Soriano

---

Claramente se ve la alternancia eléctrica para pensar en taquicardia ortodrómica.

Saludos

Alberto Treggia

---

Estimados, hola a todos

Placer tener esta oportunidad de participar aprendiendo.

Opino también como lo han expresado. Parece una taquicardia ortodrómica. Llamen la atención dos cosas

1- la FC de la taquicardia que me hace pensar en un ascenso por una vía lenta

2- la alternancia y la P más próxima en SC3. Como vía accesoria un poco más allá de la boca del seno coronario.

Y no puedo ver si hay variación en la FC para asumir esto

Conclusión

Descartar TRNAV Y REENTRADA ORTODRÓMICA POR UNA VÍA CERCA A LA BOCA DEL SENO

Con más datos del EET lo sabremos

Gracias Dr. Mario por presentar siempre casos interesantes

Alfredo Cagnolatti

---

Hola Dr. Sirena,

Si, exactamente. Se trata de una taquicardia ortodrómica que utiliza una vía accesoria oculta.

Lo interesante es que el marcapaseo ventricular inicial no muestra vía accesoria.

La activación más precoz, no está en el seno coronario, sino cerca del His. La línea de puntos indica que el A más precoz cerca del His está a 80 mseg luego de del V en el primer latido. En el segundo latido se captura el haz de His (el QRS es más angosto) y se adelanta el A, lo que indica que la conducción retrógrada se hace por el nódulo A-V.

El Segundo latido captura el His (es más angosto) y adelanta el A con la misma secuencia de activación. Es decir que la conducción retrógrada ocurre por el nódulo A-V.

Esta es la razón por la cual envié este caso. Con frecuencia, la conducción retrógrada por el nódulo A-V es tan rápida que impide ver la conducción por la vía accesoria.

¿Cuál es entonces el siguiente paso? ¡No digan por favor adenosina! Necesitamos tener una conducción retrógrada estable 1:1 para poder hacer mapeo y ablación.

La longitud de ciclo de la taquicardia es estable. El A más precoz no está en SC3 sino en el A cerca del His. Hay conducción retrógrada por vía nodal rápida.

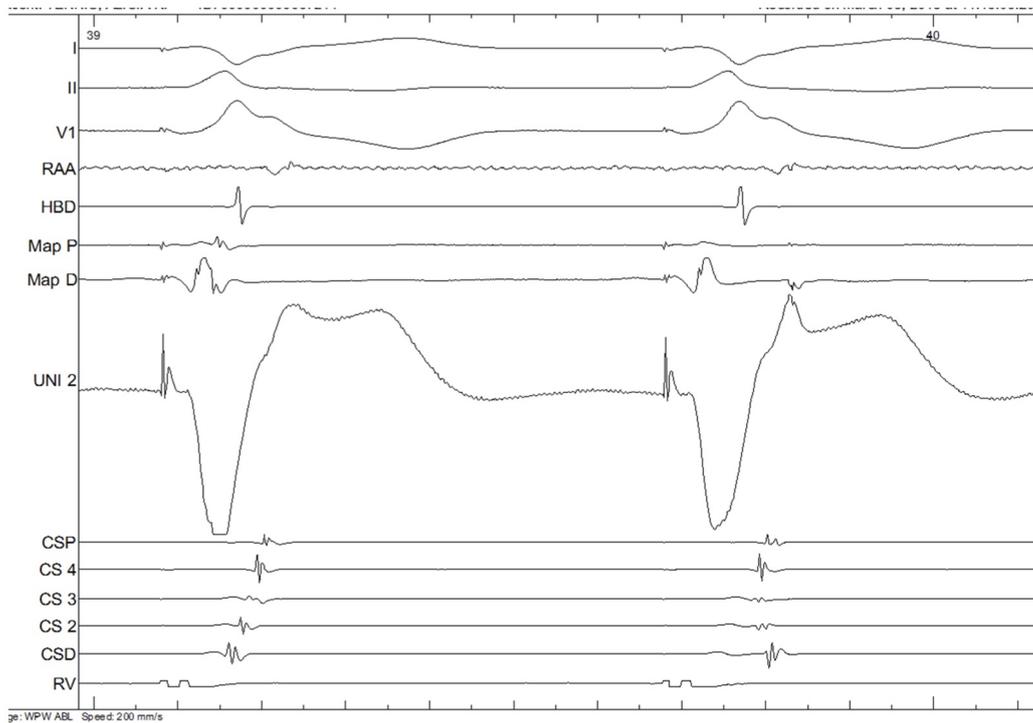
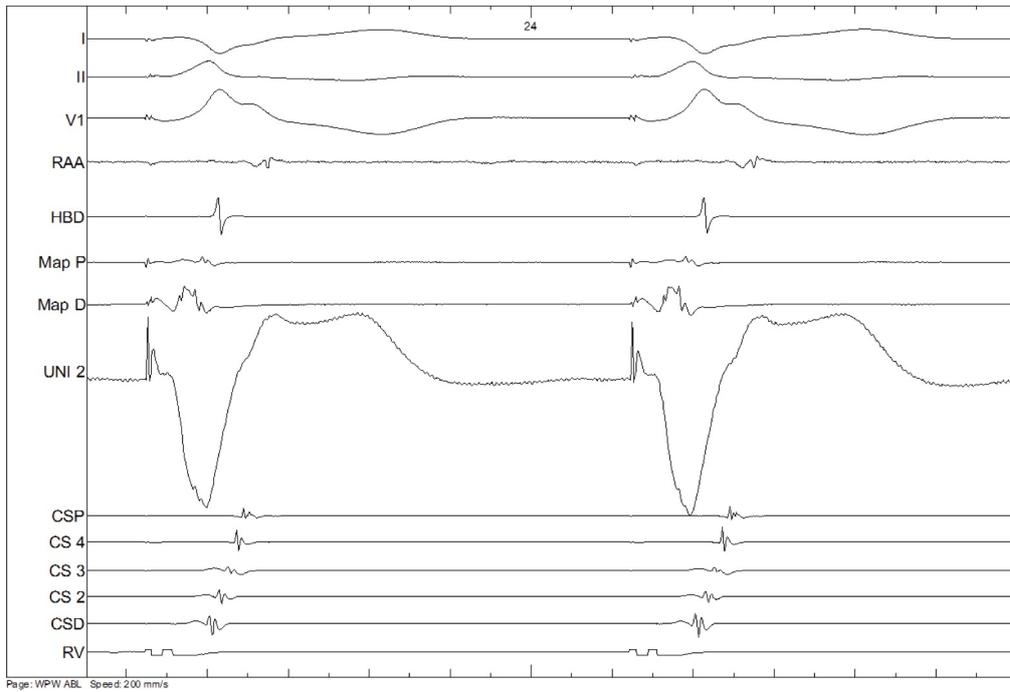
De ahí el estímulo baja por la aurícula izquierda y activa el seno coronario cerca de SC3.

Saludos,

Mario

---





Hola Dr. Mario  
 Gracias por sus explicaciones y su espíritu docente.  
 Interesante el mecanismo eléctrico durante el EEF.  
 Ayuda a activar nuestros procesos mentales y seguir aprendiendo

Saludos

Juan José Sirena