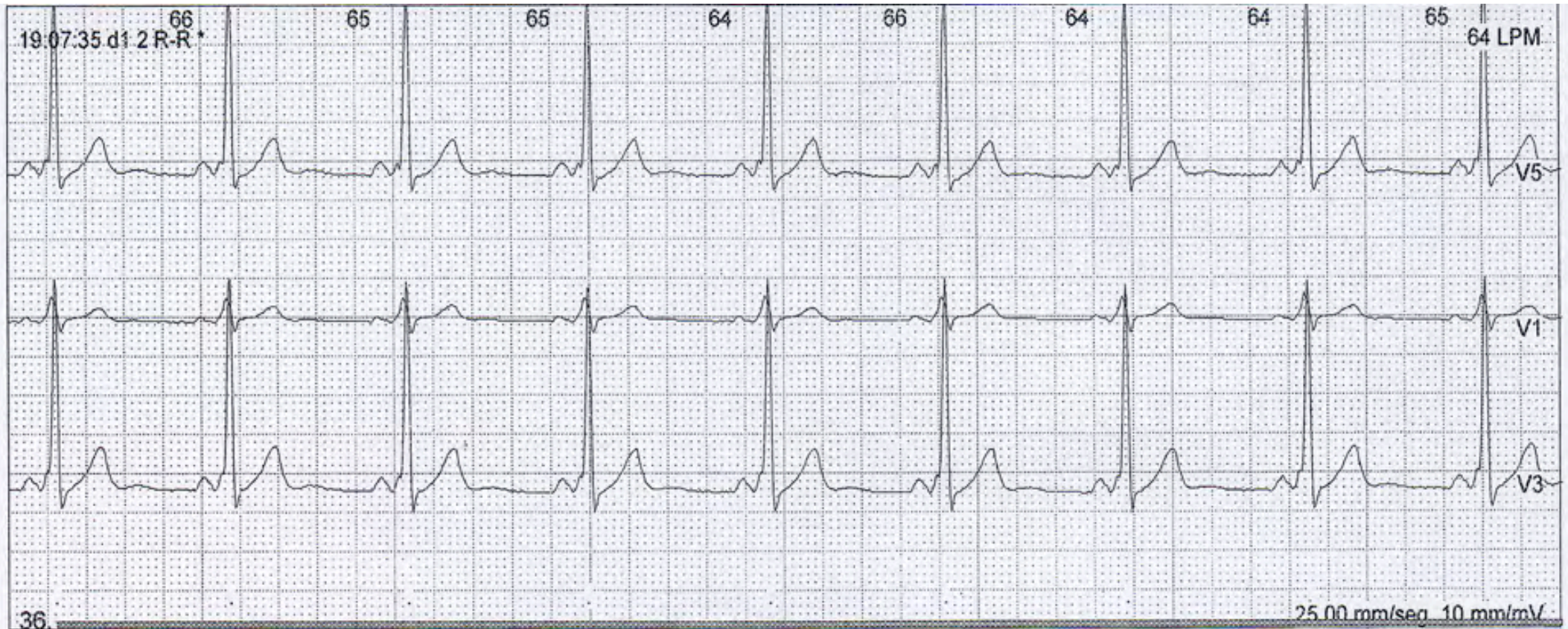


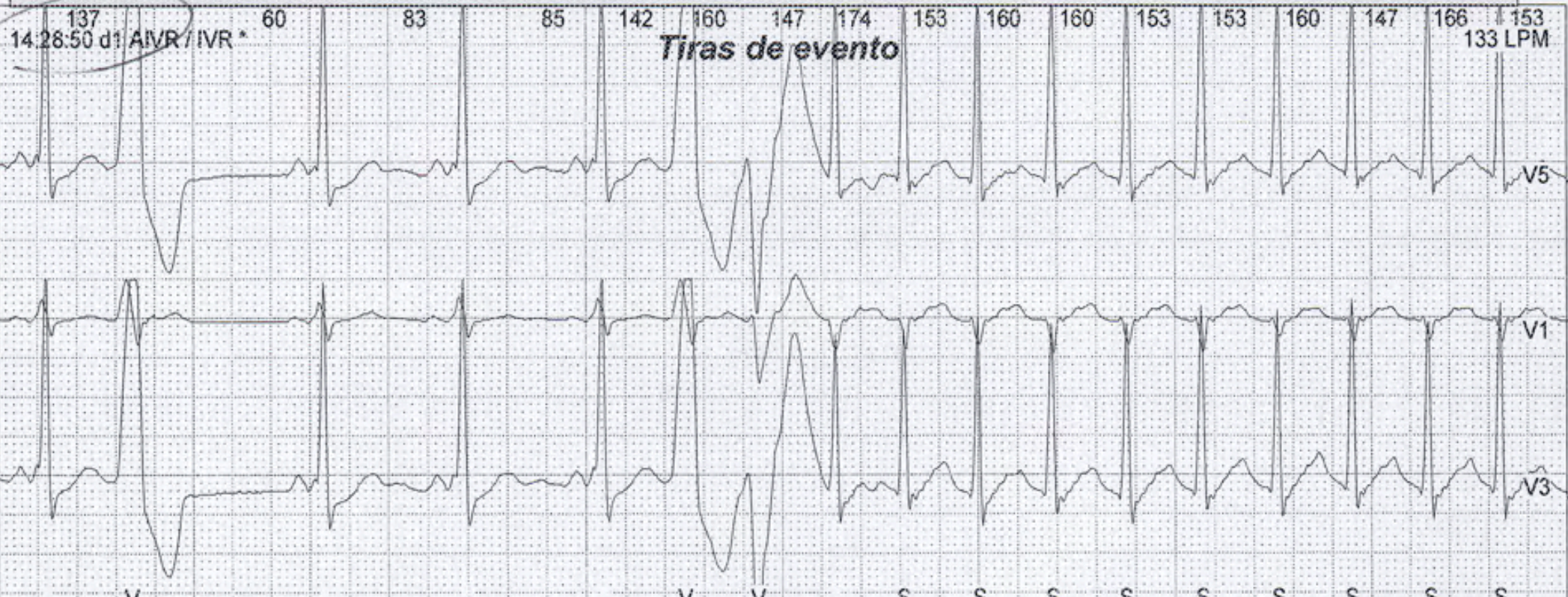
# Caso clínico

## TPSV con ciclo alternante

Dr. Oswaldo Gutiérrez Sotelo

Masculino de 62 años, hipertenso bien controlado, consulta por palpitaciones rápidas, paroxísticas de reciente inicio. Trazado basal

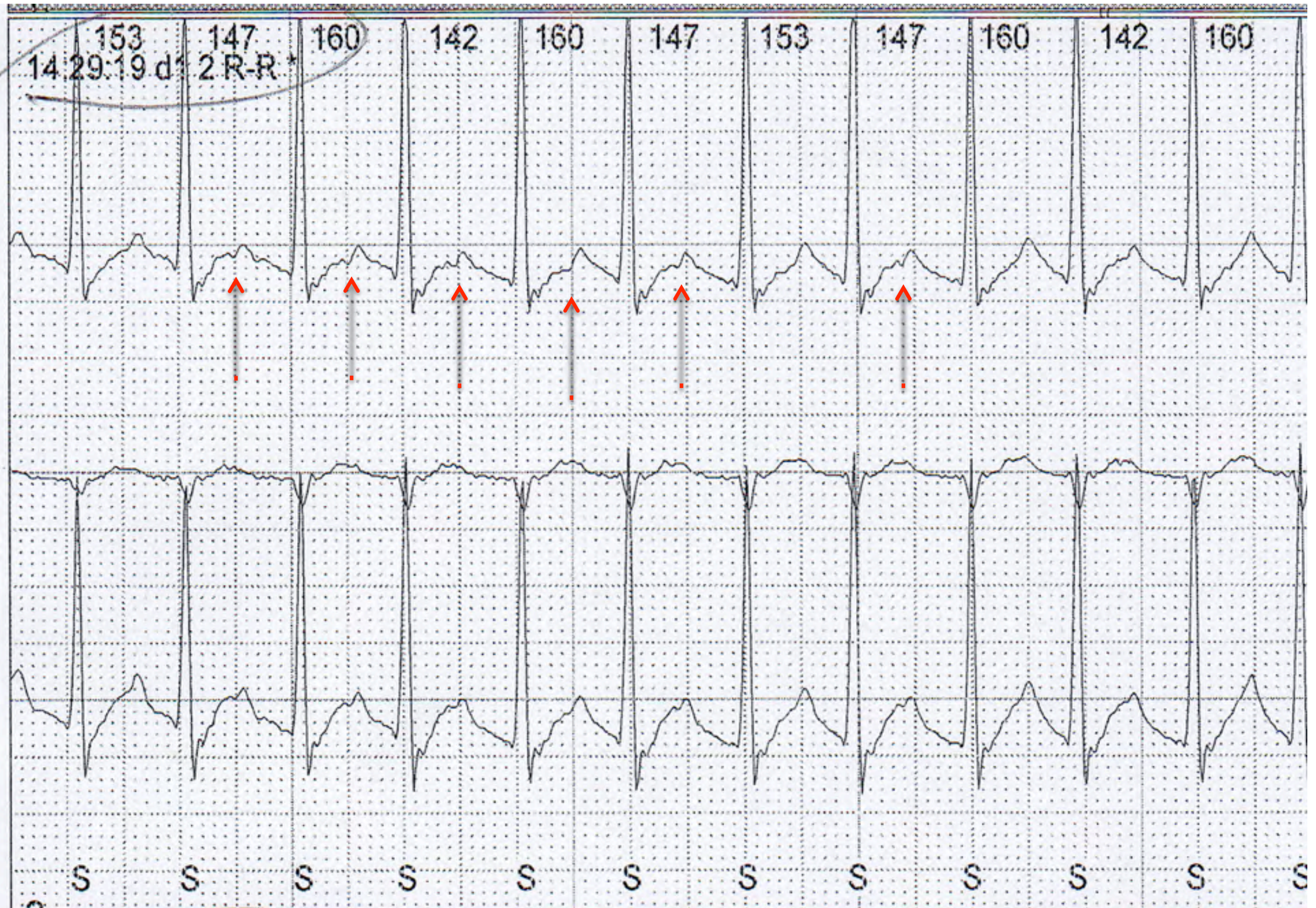


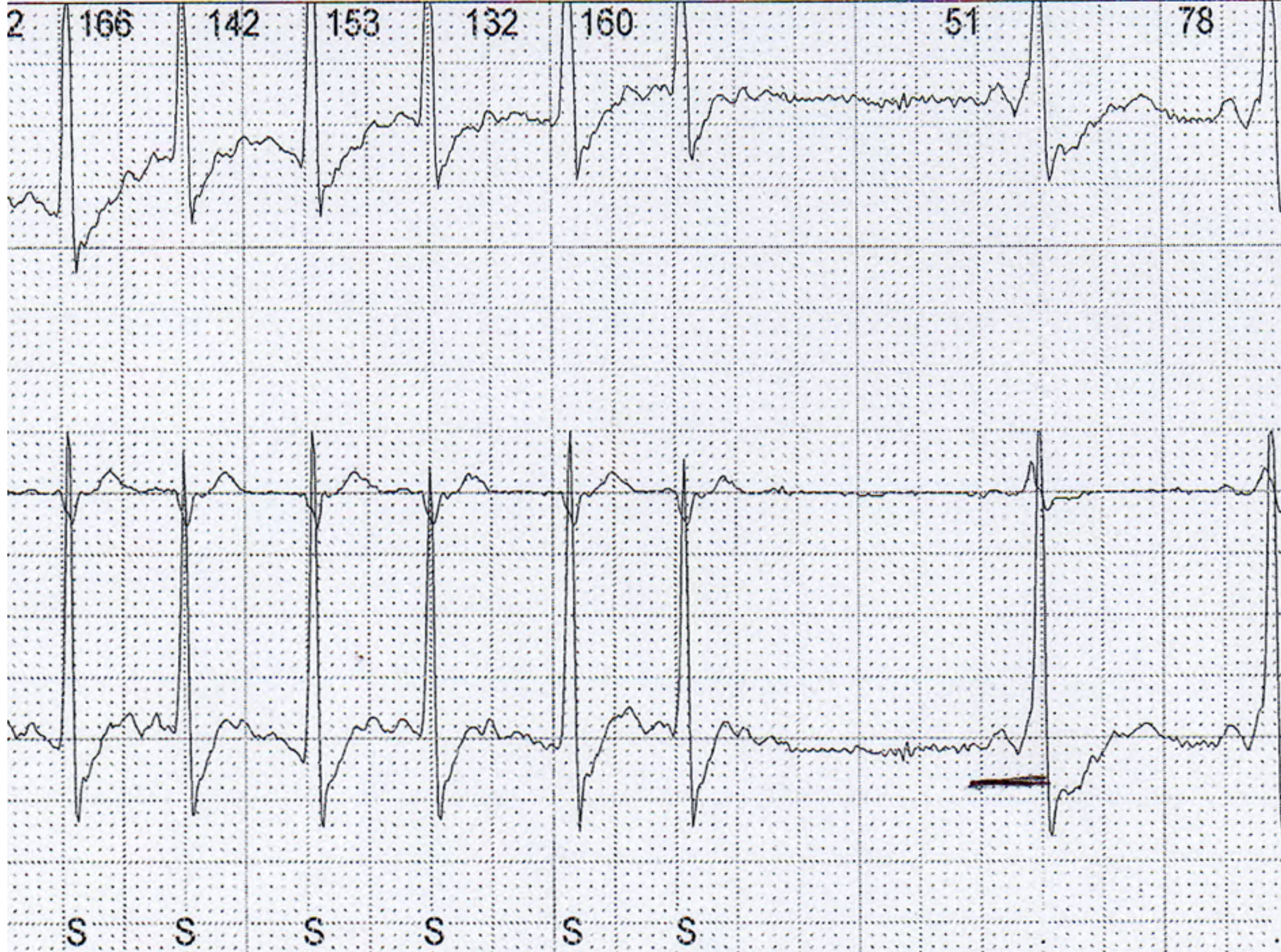


Onda Delta; PR corto. Inicio de la TPSV: (flechas: ondas P)

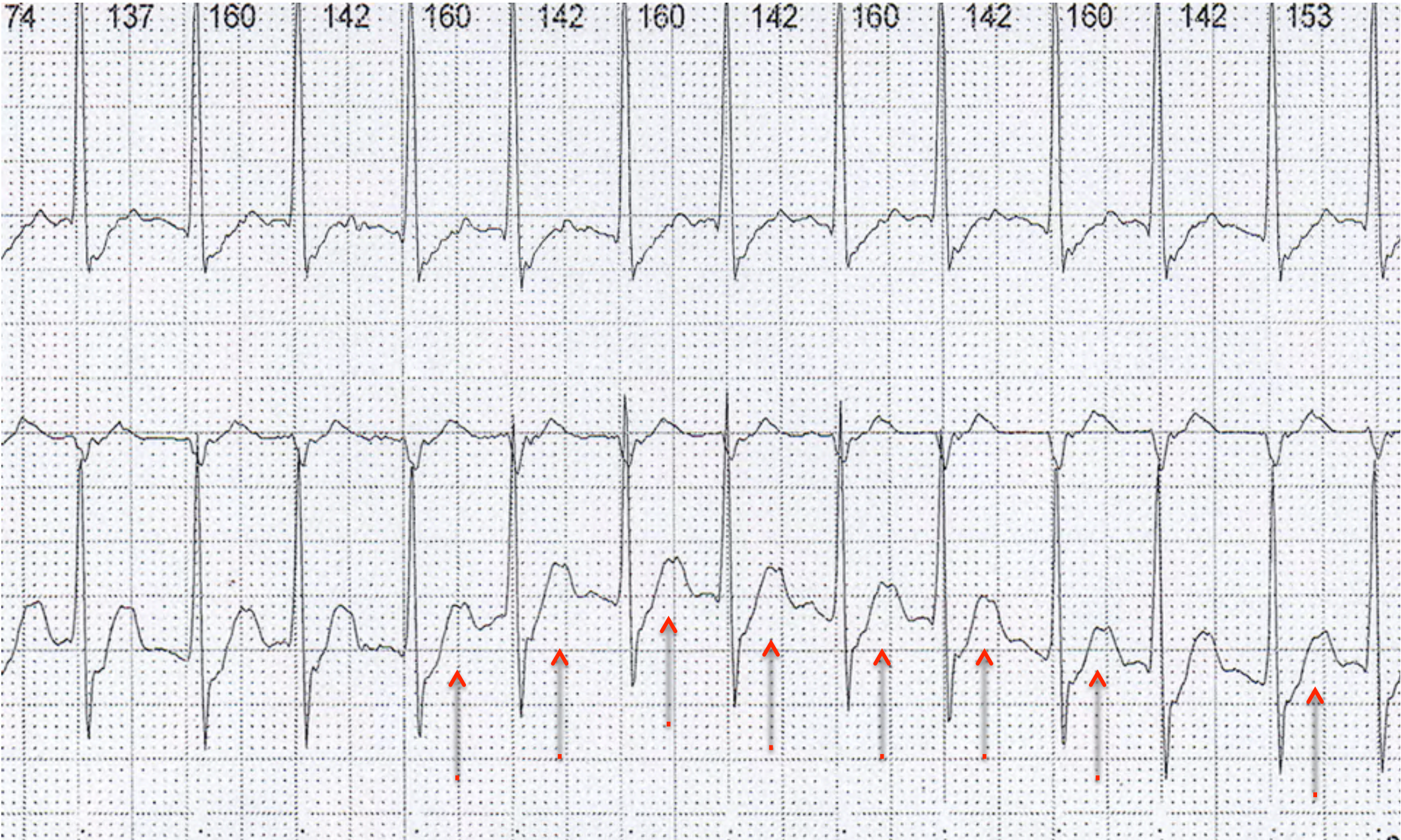


Intervalos RR: uno corto, 142 lpm y otro largo, 160 lpm:

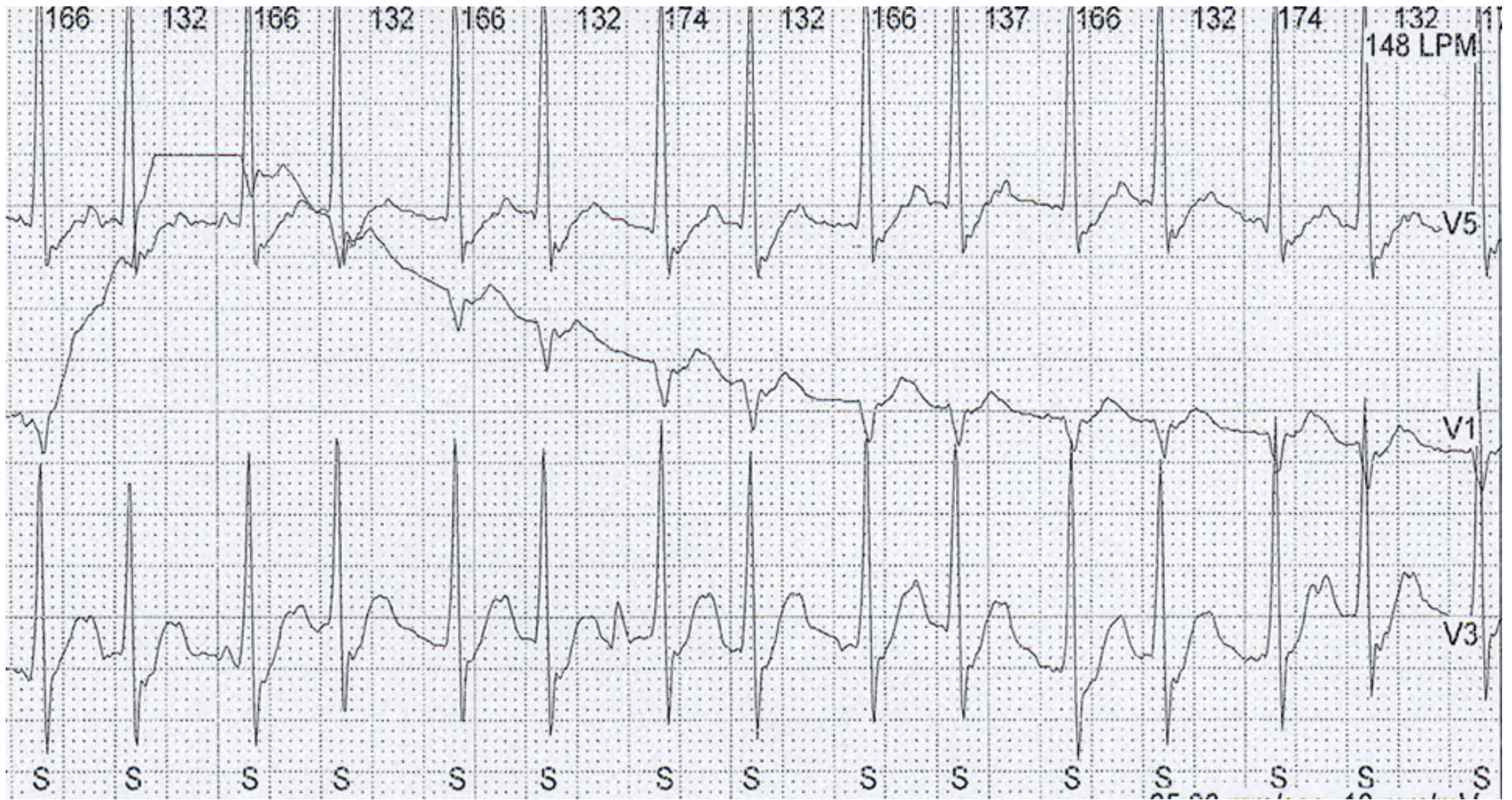




Segundo episodio, nuevamente 2 ciclos RR:

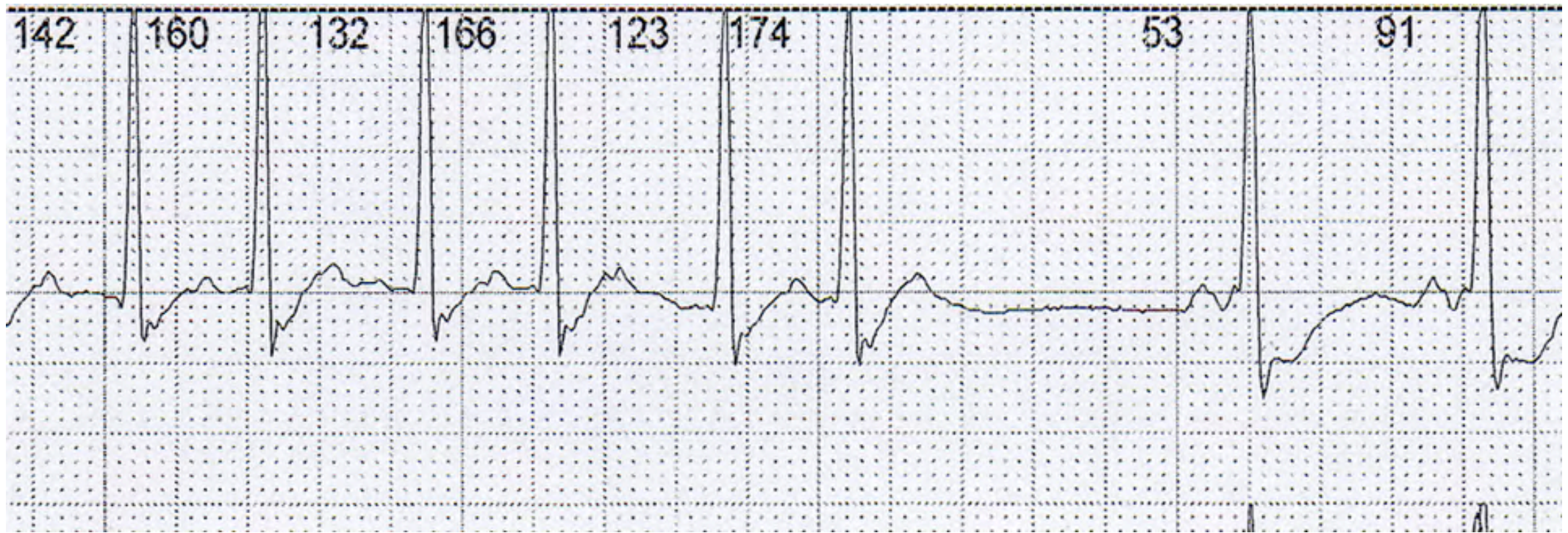


Continuación...





Final del segundo episodio:  
(termina en QRS)



## Comentarios de los colegas del FIAI:

Estimo que luego de la extrasístole ventricular, desencadena una TPSV ortodrómica, y deben participar al menos 2 vías accesorias que conduzcan en forma alternante, probablemente una vía septal y otra más alejada.

La otra opción que se me ocurre es que participe una reentrada nodal cuya conducción anterograda sea una "no clásica", es decir lenta y la vía accesorio conducir en forma retrógrada, alternando este circuito con una taquicardia por reentrada AV ortodrómica clásica.

Perdón, creo que la segunda opción no quedó clara. Habría conducción alternante entre: a) reentrada de la Unión AV atípica (variedad rápida -lenta) el ascenso es por la vía lenta y ello el RP' largo y b) reentrada AV por vía accesorio ortodrómica.

Dr Juan Carlos Manzardo  
Mendoza –Argentina

Tiene un WPW basal con episodios de Taquicardia por reentrada AV ortodrómica.

En taquicardia tiene un RP de 240 ms aprox y es constante (por lo cual creo que tiene una sola vía accesorio). Tiene dos PR diferentes, que corresponde a la alternancia ortodrómica entre la vía rápida y la lenta del NAV.

Saludos,  
Daniel Banina Aguerre  
Montevideo - Uruguay

Una posibilidad podría ser una reentrada mediada por una vía accesoria cuya conducción anterograda a través del nodo AV alterna vía rápida y lenta, cuando uno observa el efecto de la adenosina se hace más marcada la conducción bloqueando en la vía lenta.

Abrazo Sebastián Maldonado , BsAs Argentina

Se trata de una taquicardia ortodrómica mediada, a mi entender, por una vía accesoria única. La irregularidad de los RR se puede deber a que la conducción anterógrada se hace alternadamente por una vía nodal AV rápida y otra más lenta. El corte con QRS sin P se puede deber a la existencia de una extrasístole auricular que deja refractaria la vía accesoria. Saludos!

Alfredo Del Río

Presenta un PR corto con conducción anterograda por vía accesoria.

La EV bloquea la conducción anterograda por el haz anómalo y provoca una reentrada con un latido aberrante que impresiona corresponder con la presencia de doble fisiología nodal e inicia la taquicardia ortodromica.

Esto puede verse en el propio comportamiento de la vía que tenga propiedades de conducción anterograda y la conducción retrograda de la vía sea variable (menos probable), o por taquicardia ortodromica por doble fisiología nodal ambos con capacidad de conducir en forma retrograda por esto varían los intervalos RP y los RR siempre de manera constante.

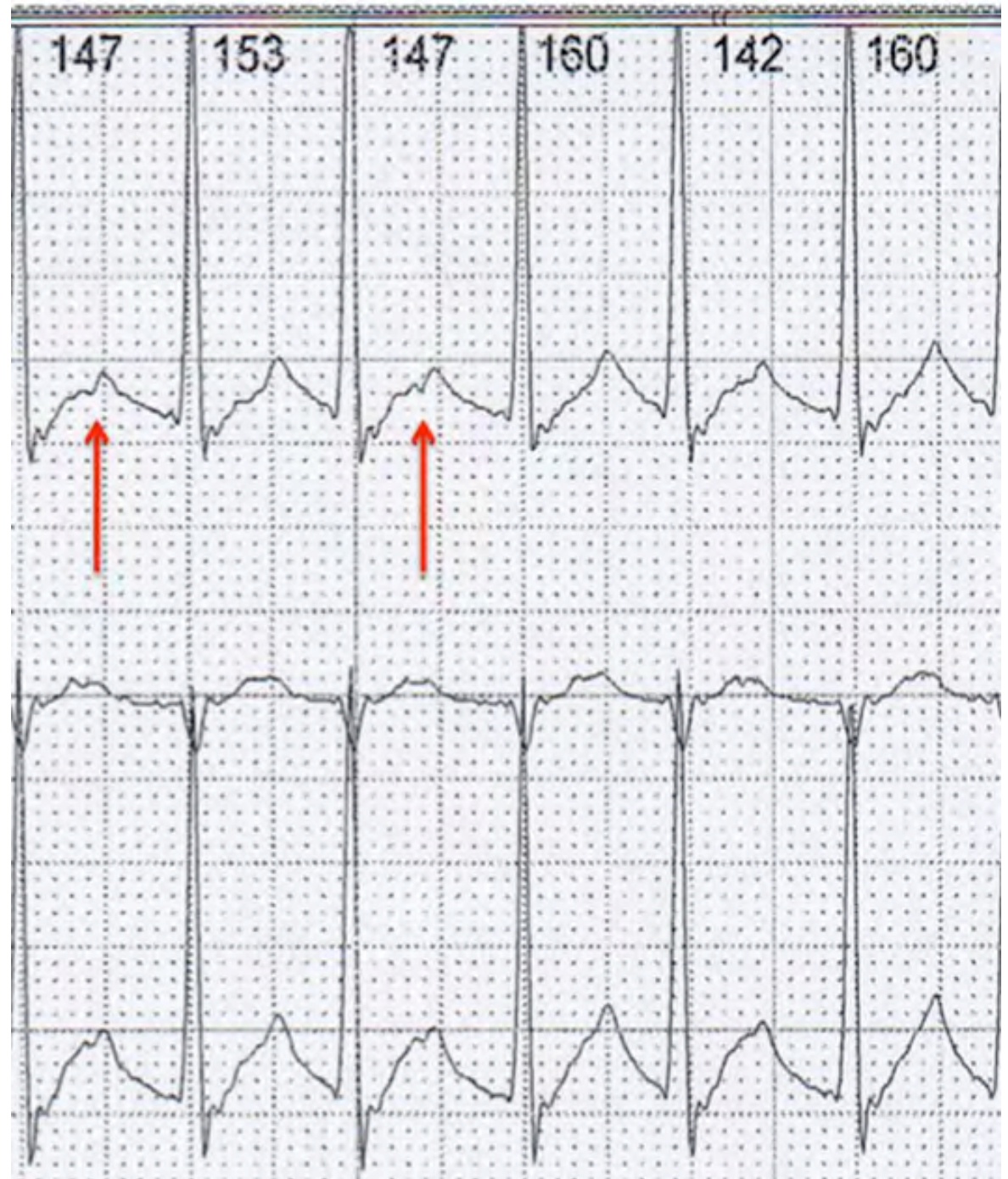
Un cordial saludo

Martin Ibarrola

Muy interesante ECG. Como ya han mencionado anteriormente en el segundo episodio la taquiarritmia presenta una conducción ortodrómica por la vía anómala y luego la anterógrada alterna la vía rápida y la lenta. Me impresiona que se interrumpe por un Wenckebach en la vía lenta.

En el primer episodio, en determinada parte del trazado (que adjunto), se visualiza una “pseudoalternancia” de la onda T, creo que esto se debe a un RP más corto que alterna con uno más largo manteniendo un PR constante. Esto puede ser debido a que la conducción retrograda se produce por la vía rápida y la vía anómala; y la anterógrada sucede por la vía lenta.

Afectuosamente Isabel



De acuerdo con los colegas. WPW con taquicardia reciprocante ortodrómica. La conducción anterógrada alterna entre la vía nodal rápida y la lenta, resultando en el ritmo bigeminado. Hermoso trazado. Gracias por compartir.

Adjunto el trazado endocavitario de un caso similar

Sergio Pinsky

**I**

**aVF**

**V<sub>1</sub>**

**V<sub>6</sub>**

**HRA**

**HBE**

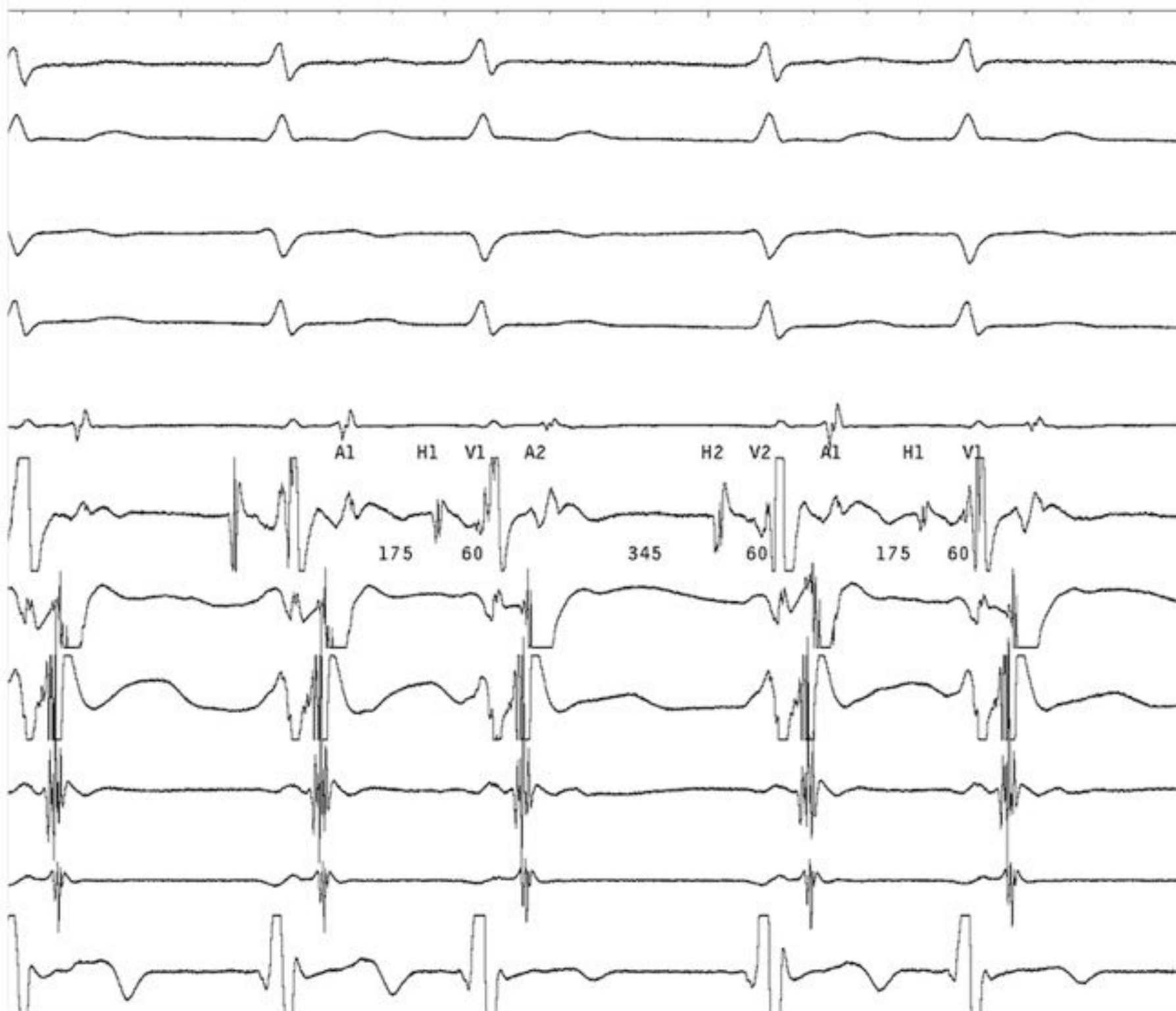
**CS 8-7**

**CS 6-5**

**CS 4-3**

**CS 2-1**

**RVA**



## REFERENCIAS

- Buch E, Tung R, Shehata M, Shivkumar K. Alternating Cycle Length During Supraventricular Tachycardia: What is the Mechanism? *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2009 Sep; 20(9): 1071–1073.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073145/>
- Lauschke I, Schneider R, Bänsch D. Supraventricular tachycardia with cycle length variation and apparent VA dissociation: what is the mechanism? *Europace* 2015; 17: 1037  
<https://academic.oup.com/europace/article/17/7/1037/2398845>
- Issa ZF. Mechanism of paroxysmal supraventricular tachycardia with ventriculoatrial conduction block. *Europace* 2009; 11, 1235–1237  
<https://academic.oup.com/europace/article/11/9/1235/464953>
- Nguyen DT, Scheinman M, Badhwar N. Supraventricular Tachycardia with Alternating Cycle Length: What is the Mechanism? *Heart Rhythm*. 2011 Mar;8(3):478-9  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434588>
- Lam HD, Stroobandt R, Knight BP. Supraventricular tachycardia with alternating cycle length: what is the mechanism? *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2001 Nov;12(11):1329-30. S  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11761425>
- Vohra J, Hunt D, Stuckey J, Sloman G. Cycle length alternation in supraventricular. *British Heart Journal* 1974; 36: 570-576  
[heart.bmj.com/content/heartjnl/36/6/570.full.pdf](http://heart.bmj.com/content/heartjnl/36/6/570.full.pdf)
- Chiale PA, Baranchuk A, González MD, Sánchez RA, Garro HA, Fernández PA, Avalos CQ, Enriquez A, Elizari MV. The mechanisms of spontaneous termination of reentrant supraventricular tachycardias. *Int J Cardiol*. 2015 Jul 15;191:151-8.