

Hombre de 60 años con angor y disnea que presenta taquicardia de QRS ancho – 2015

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Hombre de 60 años de edad fue admitido en la sala de urgencias con taquicardia de QRS ancho e inestabilidad (angina de pecho y disnea).

Cuenta la historia de un infarto en 2010 con la colocación de un stent en la arteria descendente anterior. Ritmo sinusal tras la cardioversión eléctrica .

Comorbilidades: Hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia

Medicamentos de uso regular: aspirina, simvastatina, losartán, bisoprolol, furosemda, digoxina

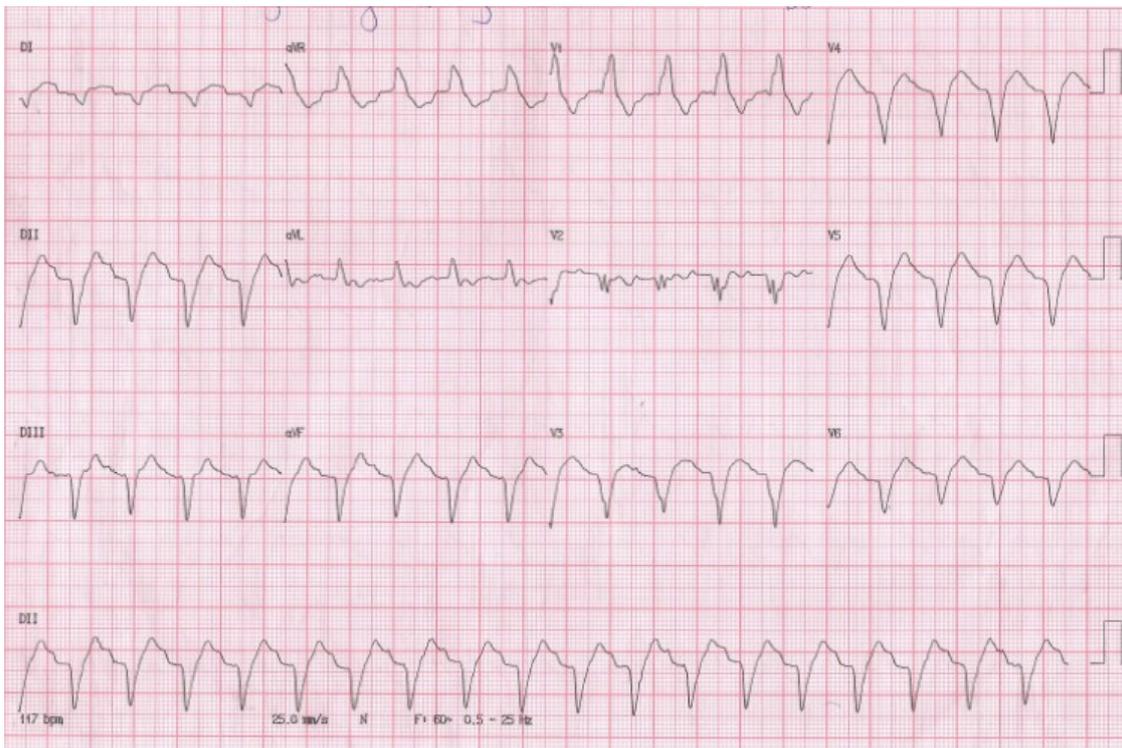
Troponina normal; K=3,8; Mg=1,8; Ureia=30; Creatinina=1,16; Calcio=1,09

ECO muestra: FEVi 36%; VI: acinesia con fibrosis septal y apical

¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la arritmia? ¿Cuál es el tratamiento?

Saludos

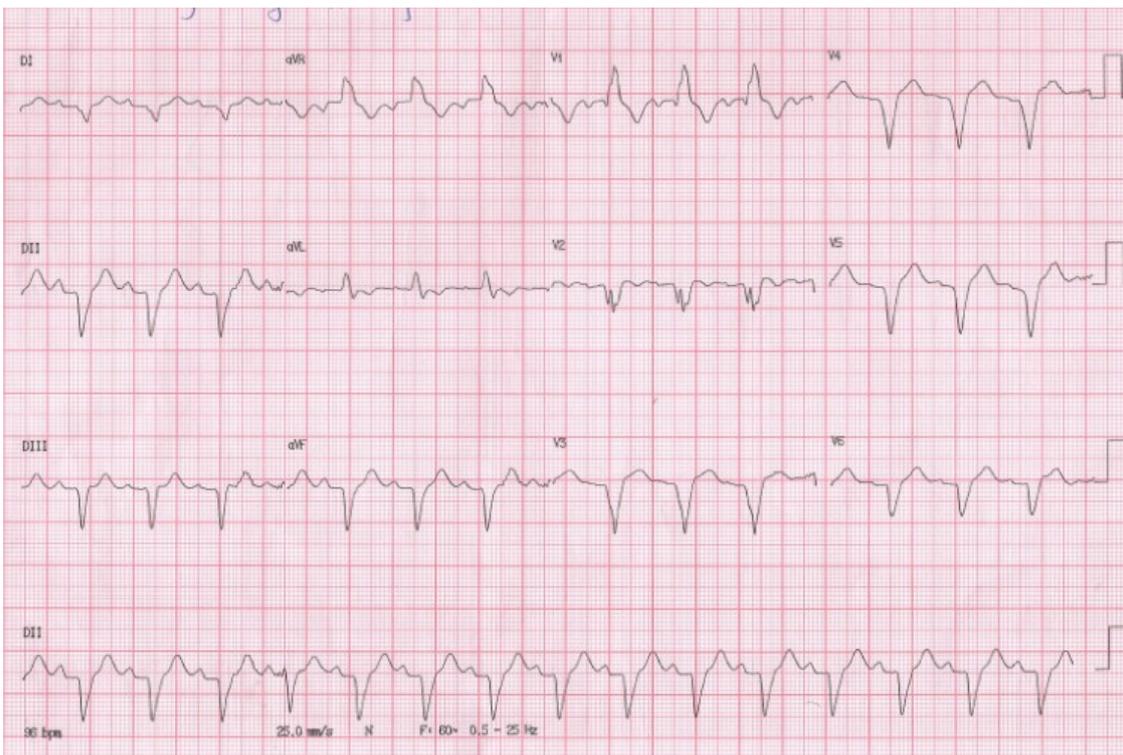
Raimundo Barbosa Barros



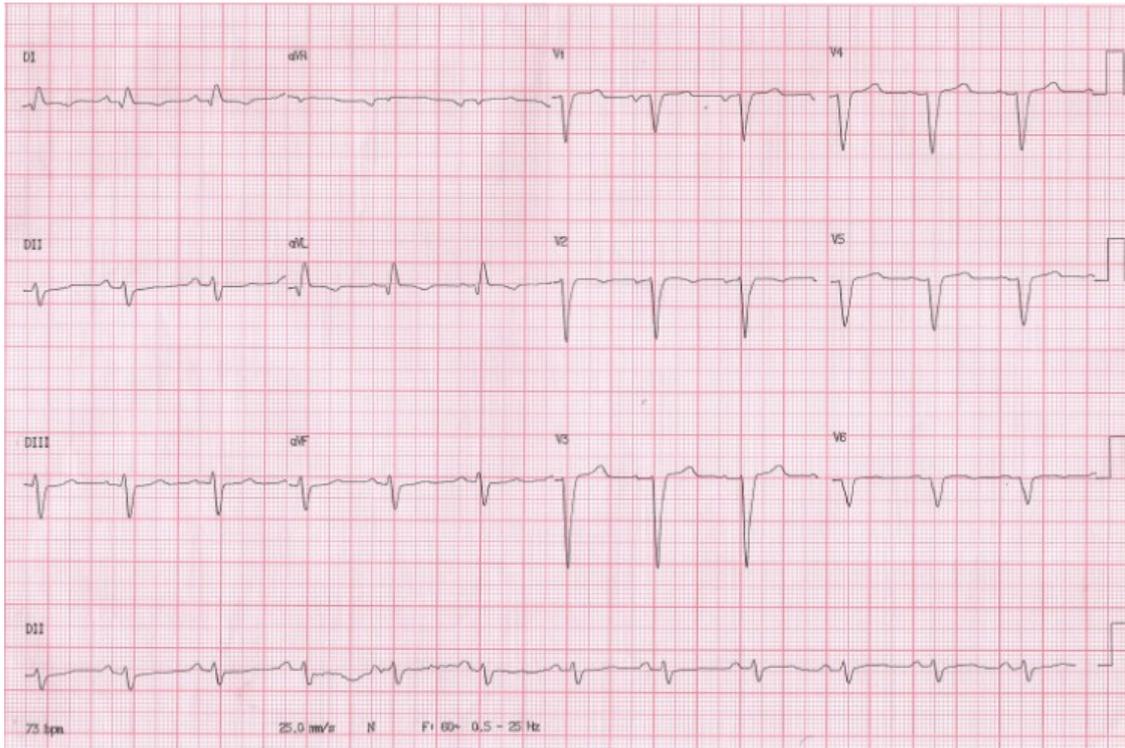
Admisión



DII larga



Post CVE



ECG del día siguiente

OPINIONES DE COLEGAS

Es una taquicardia ventricular; se ve un latido de captura en la quinta tira del trazo largo con eso basta para hacer el diagnóstico; tiene r pura en aVR, ese es otro criterio diagnóstico para TV

El diagnóstico diferencial sería una TSV con aberrancia de conducción.

Por el antecedente de infarto previo primero habría que hacerle un cateterismo para descartar estenosis de stent o que haya desarrollado nueva lesión coronaria.

José Mauricio Arce Carreón

Sugere taquicardia supraventricular com aberrância (TSV-A) quando o ECG de base mostra padrão de bloqueio de ramo com idêntica morfologia do complexo largo do evento, quando ECGs prévios evidenciam padrão de pre-excitação ventricular ou quando o paciente possui história de taquicardias paroxísticas que responderam a adenosina ou massagem.

Pacientes com TSV-A são em geral mais jovens (< 35 anos). Lembremos que o paciente em estudo tem 60 anos. O antecedente de infarto prévio pesa em favor de TV.

Quando durante o evento o eixo elétrico do QRS no PF se localiza no quadrante superior direito "noroeste" pesa em favor de TV (no presente caso o eixo do QRS se encontra no quadrante superior esquerdo).

Quando os complexos QRS do evento apresentam duração muito larga ($\geq 160\text{ms}$) sugere TV.

A presença de batimentos de fusão e/ou captura assinalam fortemente TV.

A presença do sinal de Brugada (distancia entre o inicio do QRS até o nadir da S $\geq 100\text{ms}$ sugere TV).

A presença de entalhe "notched" (muesca) na rampa descendente da S em II signo de Josephson sugere TV.

Complexos trifásicos en V1 de tipo RSR' con a onda final R' de mayor voltaje sugiere VT. O contrario, sugiere TSV-A.

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Buenas noches a todos!

En mi humilde opinión no se trata de una TV clásica sino de una taquicardia de origen supraventricular.

Intentaré fundamentar esto:

- claramente en las primeras tiras se observa una taquicardia con QRS ancho y relación P/QRS 1:1. De esto se puede tener en cuenta los siguientes diagnósticos:

- 1) taquicardia sinusal con aberrancia de conducción
- 2) taquicardia auricular con conducción aberrante
- 3) taquicardia ventricular clásica con conducción V-A 1:1
- 4) taquicardia ventricular por reentrada rama a rama.
- 5) taquicardia antidrómica.
- 6) taquicardia auricular con tracking 2:1 al ventrículo si el paciente tuviera un TRC.

El carácter incesante, que no cede con CVE sino que se "enlentece", con FC. no demasiado alta (Ic entre 500 y 620 mseg), con ondas P positivas en la cara inferior (de igual morfología que en último trazado de ritmo sinusal) y con un claro latido ventricular ectópico (cuyo "pseudo-PR" es visiblemente más corto que en la taquicardia) que no altera el ciclo de la taquicardia, me inclinan a pensar en "taquicardia sinusal" con conducción aberrante aunque no descarto una arritmia auricular (taquicardia o flutter auricular) con pasaje AV 2:1.

No me queda del todo claro el trastorno de la conducción intraventricular que presenta (en caso de corresponder a un evento SV).

Aguardo más comentarios de tan lindos trazados.

Saludos a todos

TPC. Damián Longo

Estimado profe Andrés, si parte del diagnóstico de TSV con aberrancia se basa en el eje de la taquicardia, me da la impresión que el eje está en el cuadrante superior izquierdo ya que durante la taquicardia el DI es negativo, aVR bien positivo y aVL + - a predominio +. Según eso el eje debería estar entre -90 y -120.

Cuando baja la FC si se encuentra en el cuadrante superior derecho.

Si bien el BDAS ya lo tiene, el BCRD no.

Lo que me hace pensar en TSV es la relación P/QRS que si parece 1 a 1 y el eje de la P que es + en cara inferior y - en aVR.

Mi sospecha es una taquicardia sinusal o TSV con BDAS previo y BCRD nuevo fase III?

Le haría nueva coronariografía. ¿? isquemia?

Hermoso ECG.

Ignacio Retamal.

Retamal, estudios han demostrado que apenas ejes en el cuadrante superior derecho "Noroeste" tienen valor para TV.

Este paciente durante el evento está todavía en el superior izquierdo.

Apenas en el ECG con LAFB + RBBB + infarto transmural lateral el eje está a la derecha

No existe duda que es una supra con aberrancia a pesar de ser una persona de 60 años post infarto por los siguientes motivos

- 1) Distancia del inicio del QRS al nadir de la S durante el evento en II muy estrecha. Las TV tienen valores = o > 100 ms (signo de Brugada)
- 2) La P está siempre antes del QRS en todos los latidos
- 3) La morfología en ritmo sinusal es igual a la del evento.
- 4) El latido estrecho que sugiere captura es una falsa captura. Ha ocurrido que se normalizó la despolarización. La captura es algo mas precoz que la secuencia.

A pesar que la TV es mucho más frecuente que la TSV-A (80% contra 20%), que se observa en corazones habitualmente sin infarto, y que el QRS es muy ancho (160ms) este es un caso excepcional.

Por eso Raimundo lo envió

Andrés R. Pérez Riera

Maestro Andrés

No existe duda que es un ritmo supraventricular.

¿Podría ser una taquicardia sinusal con LAFB + RBBB + infarto transmural?

Raimundo Barbosa Barros

Querido amigo y maestro de casos difíciles Dr. Raimundo Barbosa Barros

Evidentemente que es ritmo sinusal muy acelerado, ondas P negativas en AVR, positiva en DII y en V5, V6.

Evidentemente que la morfología del complejo ventricular es muy similar al complejo sin la taquicardia. El problema es la alta frecuencia cardíaca de más de 180 lpm sin bloqueo auricular ventricular, que lo llevó a la insuficiencia cardíaca y shock.

Podría ser, una excreción exagerada de catecolaminas, tal vez de feocromocitoma y entonces podrá volver por segunda vez.

Este fenómeno tan rápido, no es por un episodio de reischemia

Un abrazo fraternal

Samuel Sclarovsky

Estimado רַבִּי, *rabbī*) Sclarovsky

Contestar a usted non es so una honra mas también una oportunidad de aprender.

Pregunto a usted: maestro ¿que ECGs de Raimundo estas a ver con frecuencia de 180 lpm?

Los que él envió tiene:

ECG admission = 117 lpm

Despues de CVE = 96 lpm

DII longo en la admisión = 115 lpm

Del día seguinte = 73 lpm

Por favor querido mestre me esclareça pois não estou viendo estas frequencias

Neste hombre de 60 anos con la taquicardia de QRS ancho e infarto

Taquicardia cuyas características indican una taquicardia supraventricular con aberrancia de conducción en patrón de bloqueo de la division anterior de la rama izquierda e bloqueo de la rama derecha.e non es taquicardia ventricular como ja foi buen explicado por Andres e otros

Abrazo fraternal

Adail Paixao Almeida

MI muy querido amigo y maestro Dr. Adail Paixao Almeida; la distancia entre el rabino y yo es como entre occidente y oriente, nunca nos encontramos.

Con respecto a la taquicardia sinusal yo medí 360 milisegundos entre R-R .También 120 lpm inducen un trastorno hemodinámico severo en presencia de una dilatación ischemica severa

El problema es encontrar la causa de la taquicardia sinusal muy rápida y cómo se prevee
Los beta bloqueantes pueden empeorar la insuficiencia cardíaca crónica ya sea bloqueadores de los receptores adrenergicos como B1 o B2.
Un fraternal abrazo y ya falta menos que antes para darle abrazo no virtual

Samuel Sclarovsky
