

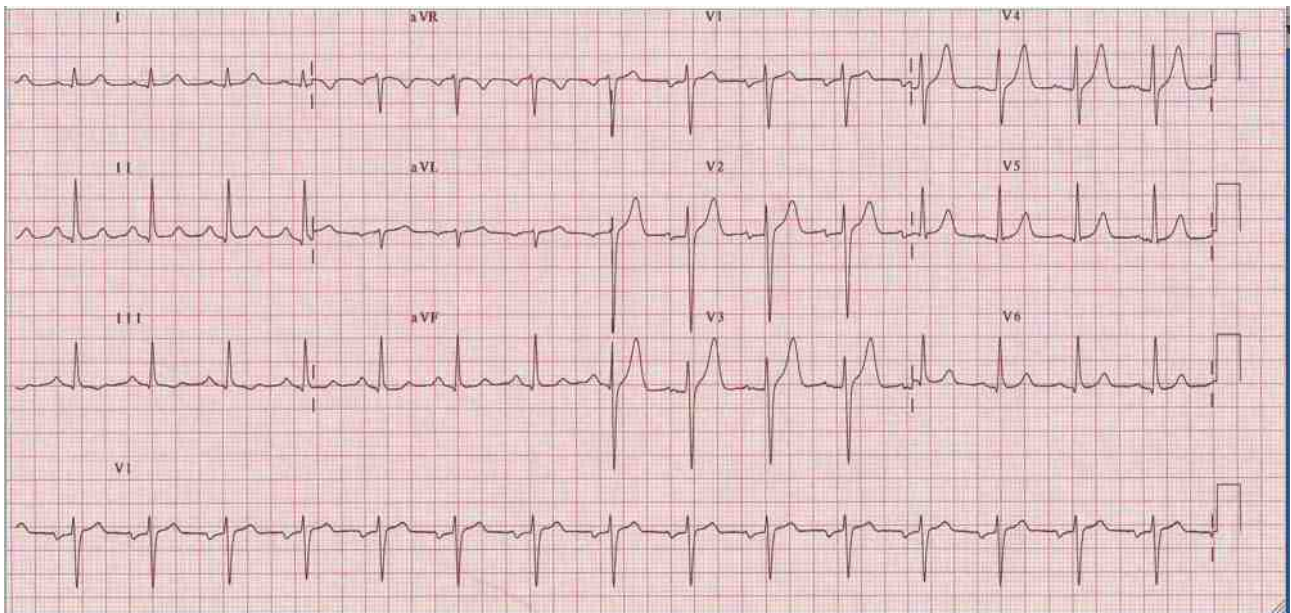
# Varón de 36 años con palpitaciones – 2010

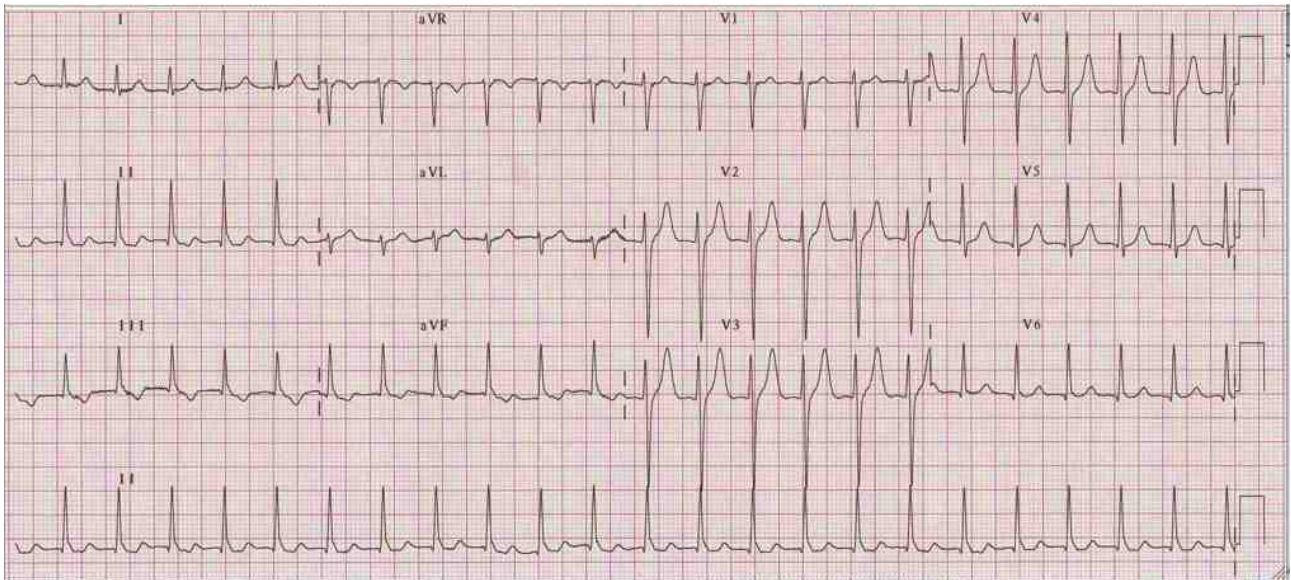
Lic. Javier García Niebla

Estimados amigos:

Me gustaría saber vuestra opinión acerca de este caso que se nos presentó hace unas horas. Se trata de un varón de 36 años que acude a nuestro centro refiriendo palpitaciones de una hora de evolución y que le comenzaron bruscamente mientras trabajaba (es carpintero). No dolor torácico y sí ligero cuadro de mareo. TA: 106/70. Refiere tener cuadros de palpitaciones de menos de 15 seg desde hace más de 15 años, sin otros antecedentes personales de interés. La arritmia cede con maniobras vagales.

Un cordial saludo,  
Javier García Niebla





## OPINIONES DE COLEGAS

Observo no segundo traçado uma taquicardia regular, de QRS estreito, FC de 136 bpm, se observa uma pequena deformação depois do ponto J a 160ms de iniciado o QRS nas inferiores quando aumento a sensibilidade para 400 o 800.?

A pergunta é: se trata de uma atrioventricular node re-entrant tachycardia (AVNRT) ou de uma AV reciprocating tachycardia (AVRT) with a narrow QRS complex mediated by accessory pathway? (A chamada Orthodromic circus movement tachycardia) Penso que deve ser esta ultima a qual emprega em forma anterógrada o Nó AV e retrogradamente the accessory pathway.

Porque?

Resposta:

- 1) P' separada do QRS
- 2) Polaridade de P'?

Sinais ECGs

AVNRT

Alternância nos complexos QRS: Rara

P'R inicial prolongado

Localização da onda P': Dentro do QRS. Pode ocasionar pseudo onda S nas inferiores ou pseudo onda r' em V1

Polaridade da onda P' Negativa em DII, DIII e aVF.

Alternância nos complexos QRS: Rara

P'R inicial: Prolongado

Localização da onda P': Dentro do QRS. Pode ocasionar pseudo onda S nas inferiores ou pseudo onda r' em V1

No temgo certeza pero eso me parece

Andres R. Pérez Riera

Hola Doctor Niebla: aprovechando estas horas en que los colegas duermen (aquí son las once y diecisiete de la noche). Veo en el electro de ritmo sinusal que el PR tiene duración normal y que no hay pre excitación. El segundo trazo completo existe una taqui cardia con

QRS estrecho a una FC de unos 140 lpm, regular y sin Onda P visible. (probable intranodal), cede con maniobras que enlentecen la conducción a través del nodo AV (intranodal).

Otros diferenciales: taquicardia x vía accesoria

Dr. Pablo E Hurtado N

---

Taquicardia paroxística supraventricular.

ECG basal: sin preexcitación.

ECG en taquicardia:

P separada del QRS.

RP < PR.

Probable P negativa en la porción ascendente de la T en cara inferior y aVL.

Lo más probable es una vía accesoria oculta lateral izquierda.

Saludo a todos

Alejandro Cuesta

---

El algoritmo diagnóstico que seguimos en Queen's sería:

1. Taquicardia de QRS angosto y regular (se descarta TV en 95% de los casos, FA y aleteo con conducción variable)

2. ¿Dónde está la P?

Si precede al QRS y es positiva (cara INFERIOR): Taquicardia sinusal

Si precede al QRS y es negativa (cara INFERIOR): taquicardia auricular baja

Si hay indas en "serrucho": aleteo auricular

Si no se la ve: Reentrada intranodal típica o taquicardia de la unión

Si se observa luego de QRS, se dividen en:

a. RP < PR: Reentrada intranodal (RP < 80 ms) o reentrada ortodrómica (vía accesoria) (RP > 80 ms)

b. RP > PR: Reentrada intranodal atípica

Por lo tanto, en Taquicardia QRS angosto, regular (a 150 lpm) mis diagnósticos diferenciales serían:

1. Reentrada ortodrómica (parece verse onda P luego del QRS con RP < PR pero RP > 80 ms)

2. Reentrada intranodal típica (con vía rápida conduciendo más lento que lo habitual)

3. Siempre a 150 por minuto pensar en aleteo auricular

4. Taquicardia auricular

Maniobra diagnóstica: masaje seno carotídeo. Si termina: RIN u Ortodrómica, si enlentece permitira ver ondas de aleteo, si no pasa nada sigo con: Adenosina 6-12.

Salud

Adrián Baranchuk

---

Querido Javier, hermoso caso, y muy frecuente de ver, tal vez después de la fibrilación auricular, sea la causa más común de consulta.

- taquicardia QRS angosto a unos 150/min, en persona joven, con antecedentes desde hace muchos años, tiene indicación de ablación por radiofrecuencia acá y en la China, diagnósticos probables: reentrada nodal vs reentrada por vía accesoria oculta, en cualquiera de los 2 casos la posibilidad de éxito y cura definitiva es superior al 95%, riesgos menos del 1%,

Un abrazo Javier y gracias por traer casos comunes, de todos los días y no monos verdes, llenos de catéteres, que no entendemos nada, saludos

Francisco Femenia

---

Estimado Javier:

**1 - ECG basal:** No tiene pre-excitación. Ni siquiera dudosa o inaparente.

**2 - ECG en taquicardia:**

Taquicardia de 140 cpm con QRS fino y con exactamente la misma morfología que en ritmo sinusal.

Entre el final del QRS y el inicio de la T en DII, D III y aVF hay una muesca que en mi opinión es la onda P.

Dado que NO es el ECG típico de la reentrada nodal, para mí es lo más probable es que sea una reentrada ortodrómica.

Un abrazo,

Daniel Banina

---

a) Evidentemente el R-P es largo (mayor de 80msg)

b) El cese por maniobras vagales hace pensar que el nodo AV forma parte del circuito

c) la P es visible, negativa en cara inferior

Con esos datos pienso que se trata de una reentrada por haz accesorio

Un saludo al FORO

Carlos Lavergne Neuquén Patagonia Argentina

---

¡Gracias a todos por vuestras opiniones!

Un abrazo

*Javier García Niebla*