

Aleteo vs taquicardia auricular en paciente de 79 años con enfermedad coronaria – 2017

Dr. Mario D. González

Quisiera compartir este caso que me parece didáctico.

Es un paciente de 79 años con enfermedad coronaria, fracción de eyección preservada, marcapasos por disfunción sinusal, fibrilación auricular e insuficiencia mitral severa.

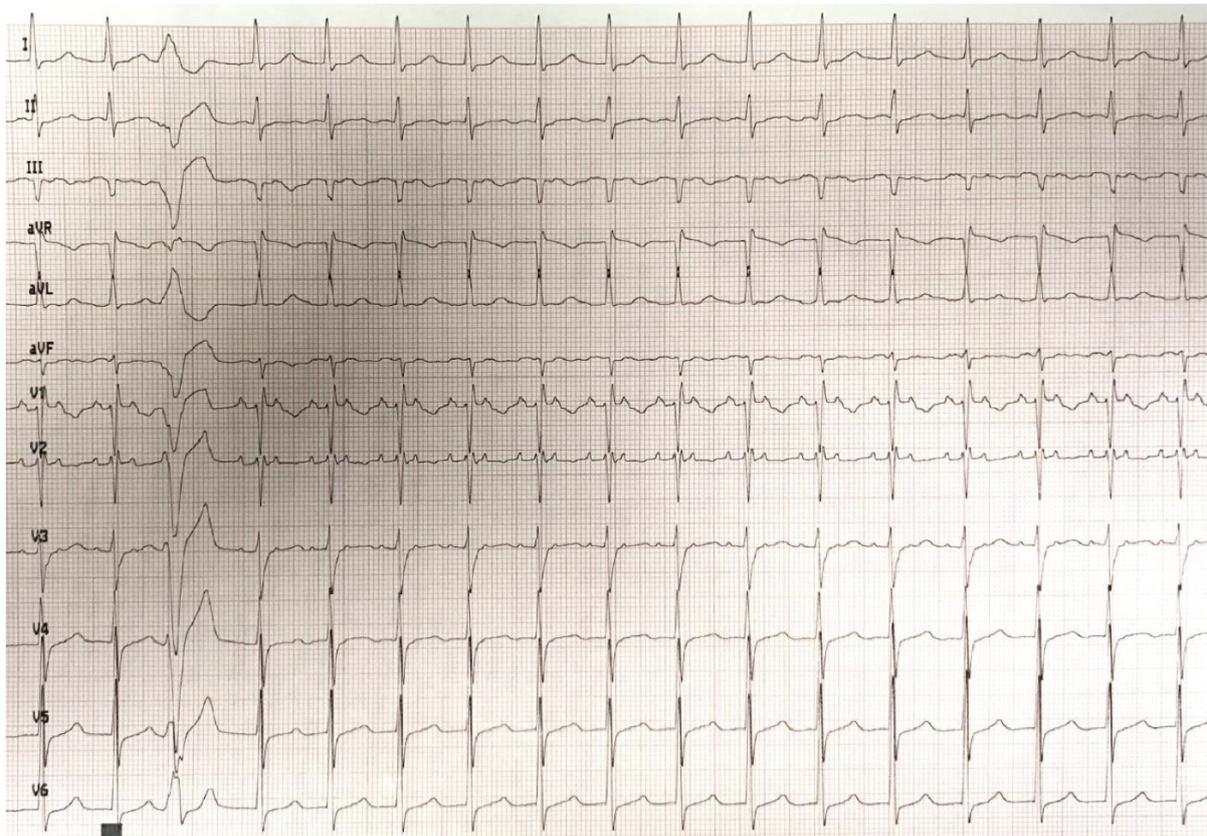
Se le realizó reparación quirúrgica de la insuficiencia mitral y se realizó también un Maze extenso en las dos aurículas durante la cirugía.

Ahora desarrolla una taquicardia auricular versus aleteo auricular refractario al sotalol y varias cardioversiones.

Preguntas: ¿en qué aurícula se origina esta arritmia? ¿Cuál es el mecanismo? ¿Focal o por reentrada?

Saludos,

Mario D. Gonzalez



OPINIONES DE COLEGAS

Dr. Gonzalez,

Me impresiona un taquiarritmia de QRS estrecho muy regular con una FC de 100 lpm aprox.

Ve ondas P que me impresionan negativas en AVL y positivas en de V1 - V3 a una FC de casi 200 lpm.

Por tanto pensaría en una taquicardia auricular con conducción AV 2:1 de posible origen izquierdo.

Por el antecedente quirúrgico pensaría que la taquicardia auricular es iatrogénica (incisional) y probablemente sea macroreentrante (en lo cual también pudiera ser catalogada como aleteo).

No se si esa EV puede ayudar a pensar en otro mecanismo arritmogénico (reset)?
Saludos.

Diego Villalba Paredes.

Ojo que la P en V1 es bastante más ancha que en la V2, pero por lo demás estoy de acuerdo

Sergej Scheel,
Suecia

Dr. Villalba Paredes,

Su razonamiento e interpretación son excelentes. Cuando se trata de una reentrada auricular que no involucra el istmo cavo-tricuspidio prefiero usar el término taquicardia por macro-reentrada auricular y no aleteo. Por supuesto esto es solo una diferencia semántica y muchos lo llaman aleteo auricular atípico.

Voy a esperar más repuestas de otros colegas antes de compartir con Uds. el mapeo que realizamos y el resultado de la ablación.

Dr. Scheel,

¿Qué interpretación le da al hecho de que la P en V1 es más ancha que en V2?

Saludos,

Mario D. González

Estimado Dr. Gonzalez.

Taquicardia supraventricular con conducción 2:1. Conducción aberrante con BRD.

La activación auricular impresiona comenzar en la aurícula derecha y luego la izquierda por la orientación de la activación de la onda auricular plana en DI y positiva en AVF y por la transición en precordiales con la onda P en V2 con mayor amplitud que V1 y en componente de la aurícula izquierda de activación más lenta y menor voltaje.

Interpreto que la onda Auricular sigue un circuito que en la aurícula derecha va en sentido horario de derecha a izquierda por esto el máximo voltaje de la activación auricular derecha se observa en V2 en esta área cercana al Septum interauricular; interpreto no está comprometida por la cirugía luego continúa por el tejido auricular izquierdo con mayor grado de fibrosis lo que provoca la activación auricular izquierda de menor amplitud y de mayor duración.

En conclusión una taquicardia por macroreentrada auricular que simula un flutter auricular.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Buenas Dr Mario González!

Creo se trata de taquicardia regular con frecuencia ventricular 107 bpm, conduce con BIRD; onda P regulares a 214 bpm, positivas en de V1 a V4 y en DIII, negativas en aVL y DI. La Extrasístole ventricular no corta la taquicardia (se pueden observar onda P enmascarada en onda "r" de V2 -V3 y pico de onda T de mismas derivaciones. Creo se trata de una macroreentrada originada en séptum interauricular. Aunque la onda P más ancha en V1 y los antecedentes quirúrgicos podrían dar origen a esta macroreentrada en AI.

Dr Juan Carlos Manzardo

Estimado Mario!

En principio estoy de acuerdo con la taquicardia auricular, originada en AI, con conducción A-V 2:1. No descarto el origen ectópico automático.

¿Está con antiarrítmicos? porque también podría tratarse de un AA atípico con frecuencia baja por efecto de drogas antarrítmicas.

Abrazo

Gerardo Nau

Mario.

Tu caso me impresiona que es una taquicardia auricular con BAV 2:1. De origen macrorreentrante o incisional debido al antecedente de la cirugía.

Creo que es izquierda porque la onda P' parece que es negativa en DI y aVL .

El tercer latido es por aberrancia en rama izquierda.

El RR es más corto que en los otros latidos sin aberrancia. Veremos que observaste en la ablación.

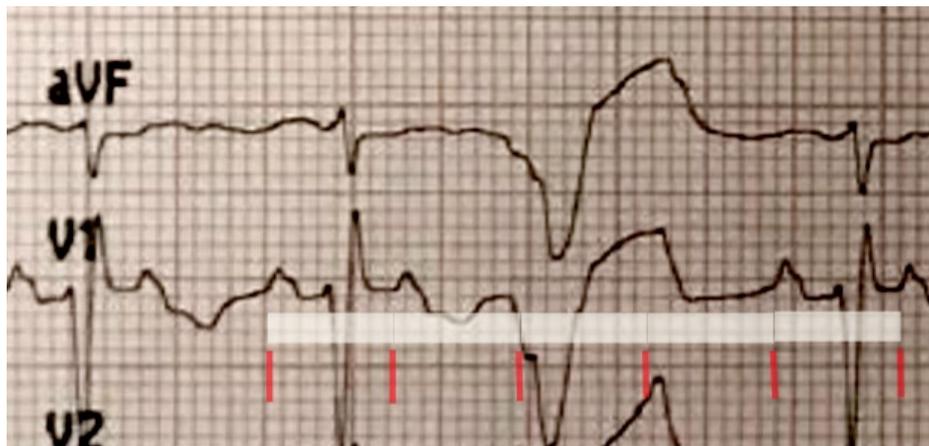
Abrazo

Oscar Pellizzón

Amigos

La CPV no afecta el ciclo de la macroreentrada; por el "timing" es poco probable que sea un latido con un bloqueo de rama funcional

Oswaldo Gutiérrez



Estimados compañeros del FIAI,

Creo que el Dr. Gonzalez nos envía el trazado con la PVC a propósito, no es casual que haya elegido ese trazado. Seguramente es para que podamos ver la morfología de la onda P sin la onda T superpuesta.

De la morfología de la P, lo que destaco es que es positiva en V1 y tiene aspecto de M. Por lo cual, guiándome por los trabajos de Kistler Kalman publicados en JACC 2006, pienso que es una taquicardia auricular izquierda que se origina en las venas pulmonares izquierdas. Me parece que en la vena pulmonar superior izquierda, porque es positiva en II, III y aVF. Aunque yo esperarí mayor positividad en dichas derivadas y en este caso la positividad es discreta.

La línea de base entre las ondas P es plana. Y sumado a lo anterior, yo creo que es una taquicardia focal. Pero la verdad es que con el Maze realizado, puede ser una macroreentrada por las cicatrices.

En fin, yo iría primero a la LSPV.

Gracias por el compartir este caso tan interesante y esperamos ver que tenía y como se solucionó!

Saludos,

Daniel Banina

Muchas gracias a todos los colegas y amigos que enviaron sus análisis y comentarios en relación al ECG del caso que les envié ayer. Todos los comentarios fueron excelentes. Me pareció interesante porque muestra la dificultad en analizar un ECG luego que el paciente ha tenido un procedimiento extenso como un Maze. Además se le agrega la fibrosis que acompaña la fibrilación auricular.

Les envío 3 diapositivas (fotos). La primera es el ECG que ya vieron. La extrasístole ventricular no alteró la secuencia de activación auricular.

La segunda es el mapeo de la activación en la aurícula derecha. Rojo representa temprano. Azul y púrpura tardío. Temprano y tardío son definiciones arbitrarias y medidas en relación a un electrodo de un catéter colocado en el seno coronario. Como pueden ver es una activación continua (no hay comienzo o fin) alrededor del anillo tricuspídeo con rotación antihoraria (aleteo) con un tiempo de activación de 300 msec, igual al intervalo PP del ECG.

La tercera diapositiva muestra el voltaje en la aurícula derecha. Ahora rojo representa zonas de bajo voltaje (fibrosis o cicatriz). Azul y púrpura representan zonas de voltaje preservado (normales o poca fibrosis).

La ablación hecha entre el anillo tricuspídeo y la cresta de Eustaquio prolongo la longitud de ciclo y finalmente terminó la taquicardia. No se pudo inducir otra arritmia luego de la ablación.

Buen fin de semana!

Saludos,

Mario D. Gonzalez

