

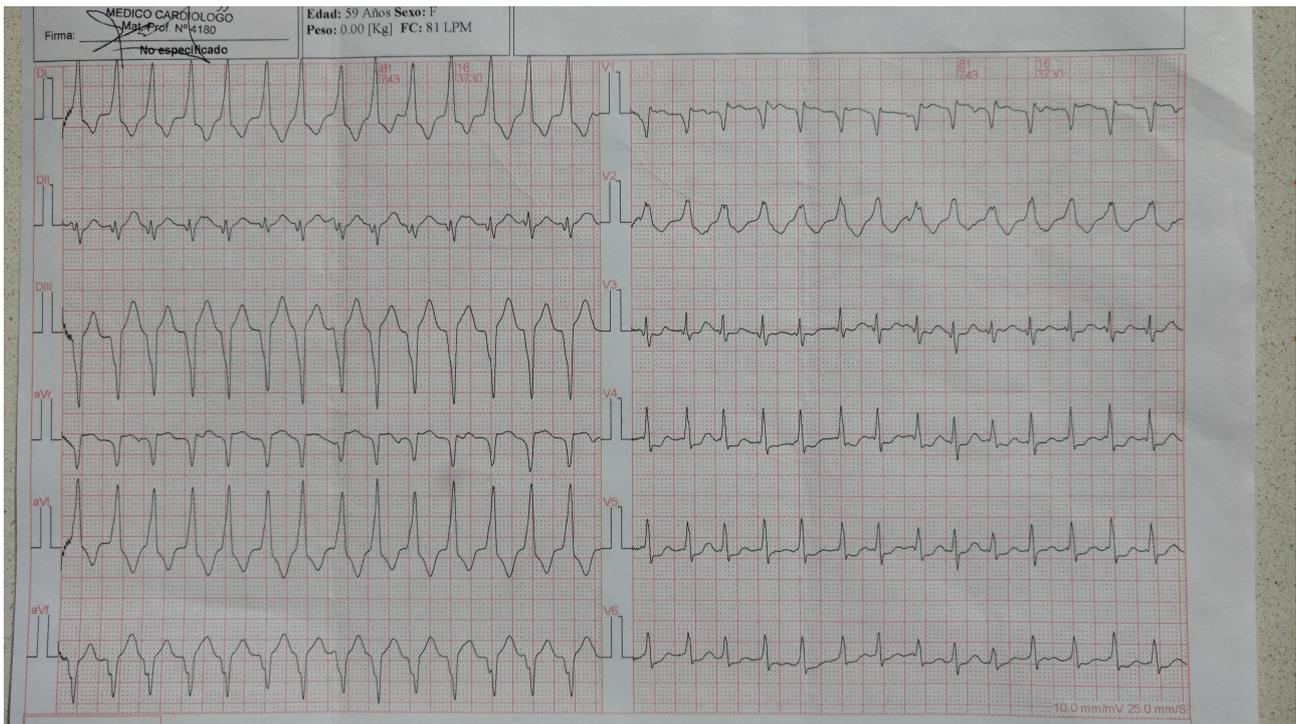
Paciente femenina de 62 años con palpitaciones y presíncope – 2017

Dr. Alfredo del Río

Estimados colegas, quisiera compartir este caso con Uds.
Se trata de una paciente de 62 años que se interna en UCC por palpitaciones rápidas, sudoración y estado presíncopal con hipotensión arterial.

Adjunto ECG para analizar.

Alfredo del Río



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr. Del Río,

Es un caso muy interesante.

Presenta una taquicardia de QRS ancho, a 150 cpm, con morfología de BCRI, con eje desviado a izquierda, con leves irregularidades en la longitud de ciclo.

Se observa disociación AV, la cual es muy clara en V1, II, y aVR. Incluso parece tener algún latido de fusión.

En mi opinión es una Taquicardia Ventricular, de origen septal, a nivel de la cruz del corazón, o septum basal inferior.

Y la mala tolerancia hemodinámica me sugiere que la FEVI no debe ser normal y seguramente tiene cardiopatía estructural, con FEVI disminuida.

Cordiales saludos,
Daniel Banina
Montevideo
Uruguay

Estimado Dr. del Rio

En el ECG enviado veo una TQRS ancho con imagen de BRD (sin vector septal) con eje a la izquierda con criterios de TV fascicular en su variedad anterior o no común. Aunque no se observa desviación del eje a la derecha, podría corresponder a una TV de la Cruz pero es mas angosta que en ese caso.

La ausencia de vector septal podría corresponder a una escara lo que obliga a descartar Enfermedad Coronaria.

Atte
Ricardo Corbalan
Tucumán Argentina

Estimados,

De acuerdo con TV, como tiene una morfología de BRI y eje inferior, además de la probabilidad de cardiopatía isquémica que ya se planteó; al hacer el eco u otro estudio de imagen debería controlarse bien el VD para incluir en los diagnósticos diferenciales una MCP arritmogénica del VD.

Saludos
Fernando Malpica Cervantes

Amigos:

Por estar disociado, tener morfología de BRDHH en V1-2, eje superior izquierdo y complejos relativamente angostos en V3-6, hace pensar en una TV fascicular en su forma común (macoreentrada en la región septal/inferior media del VI)

Sin embargo, la morfología "wolfiana" y la concordancia positiva en V2-6 indican un origen basal; la morfología de BRDHH en V1-2 y en la cara inferior (patrón QS) no es típica de la TV fascicular; la morfología del QRS es cambiante e IRREGULAR (lo cual además sugiere bloqueo intermitente en subdivisiones fasciculares, como por ejemplo, el fascículo septal de la rama izquierda, mucho menos probable reentrada entre dichas subdivisiones). Por tanto, el origen puede ser tejido cicatricial en septum dorsal basal.

Aunque en V1 y cara inferior el complejo QRS tiene aspecto de preexcitación máxima, es casi imposible la existencia de una vía accesoria atrioventricular (otras inserciones sí) porque, una taquicardia atrial preexcitada o una taquicardia antidrómica no cursan con disociación AV

Obvio todos queremos ver el EKG postcardioversión, si fue administrada adenosina y los hallazgos del estudio electrofisiológico diagnóstico
Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

Hola Alfredo
En ese contexto
Clínico: palpitations rápidas y descompensación hemodinámica

Ecg: taquicardia con QRS ancho y disociación AV (VER V1) con frecuencia auricular aprox 80 min y signos de agrandamiento auricular izquierdo

Frecuencia ventricular a 150 aprox con QRS desviado a la derecha en el plano horizontal y caudo craneal en el plano frontal debo pensar

1 - TV en presencia de cardiopatía estructural por zona fibrosis - necrosis inferior

2- otra posibilidad, TV sin cardiopatía estructural sugestiva de músculo papilar pósterio Medial o de fascículo posterior (de BELHANSEN)

3 -Por último raro, pensaría por esa morfología wolfiana en una TSV conducida por via pósterio septal

Una duda, Alfredo. Tú piensas en TV fascículo NO Común.

¿En este caso el eje eléctrico en el plano frontal no estaría a la derecha?

El ECG mostrado tiene orientación hacia la izquierda en el plano frontal por lo que sería una forma Común fascículo posterior de Belhansen.

¿O estoy confundido?

Saludos

Juan José Sirena

Muchas gracias a los integrantes del foro por sus enriquecedoras respuestas.

Esta es una paciente que nos fue referida por su médico de cabecera para estudio electrofisiológico.

En dicho estudio encontramos que la taquicardia se induce desde ápex del VD en forma reproducible y que puede ser encarrilada lo que sugiere mecanismo reentrante.

Tiene disociación AV por lo que su origen es ventricular. No encontramos potencial del His precediendo o posterior a los V.

Por todo lo anterior creo que se trata de una TV fascicular, no común. Se le indicó ablación, e iremos a buscar potenciales H durante la taquicardia a lo largo del séptum y la pared inferior del VI.

Cuando hagamos el caso se los comento.

Alfredo del Río

Estimado Dr. Del Río,

Como le decía en mi primer mail, este es un caso muy interesante!

Me permito no concordar con el diagnóstico de taquicardia fascicular, por una serie de motivos que paso a enumerar:

1 - Las taquicardias fasciculares tienen 4 características: ausencia de cardiopatía estructural, inducción con estimulación auricular, imagen de BCRD típica con eje desviado a izquierda o derecha, supresión con verapamil.

De esas cuatro características, este paciente solo tiene la ausencia de cardiopatía.

2 - La morfología del QRS no concuerda con ninguna variante de taquicardia fascicular publicada que yo conozca. Según entiendo, usted se lo atribuye al hecho de ser una "TV fascicular no común", término el cual sinceramente no comprendo.

Hay tres tipos de taquicardias fasciculares descritas: posterior y anterior (ambas con BCRD) y septal alta (BCRI). Estas últimas fueron descritas por Shimoike en el año 2000. El ECG de su paciente NO tiene BCRD ni BCRI típicos. Tiene otra morfología diferente.

En mi opinión esta es una taquicardia idiopática de la cruz cardíaca. Le sugiero comparar el ECG de su paciente con los ECG del siguiente artículo de Scheinman y Marchlinski de Circulation Arrhythmia Electrophysiology 2014;7:1152.

Ahí podrá comprar la morfología y verá que es idéntica. Dichas arritmias también son sin cardiopatía. Su mecanismo está pendiente de ser definido. En el mapeo electroanatómico son focales. Son epicárdicas, se pueden ablacionar por vía epicárdica subxifoidea o por vía de la vena cardíaca media.

Cordiales saludos,
Dr. Daniel Banina

La paciente tiene corazón estructuralmente sano por ecocardiografía. También posee una RNM cardíaca normal.

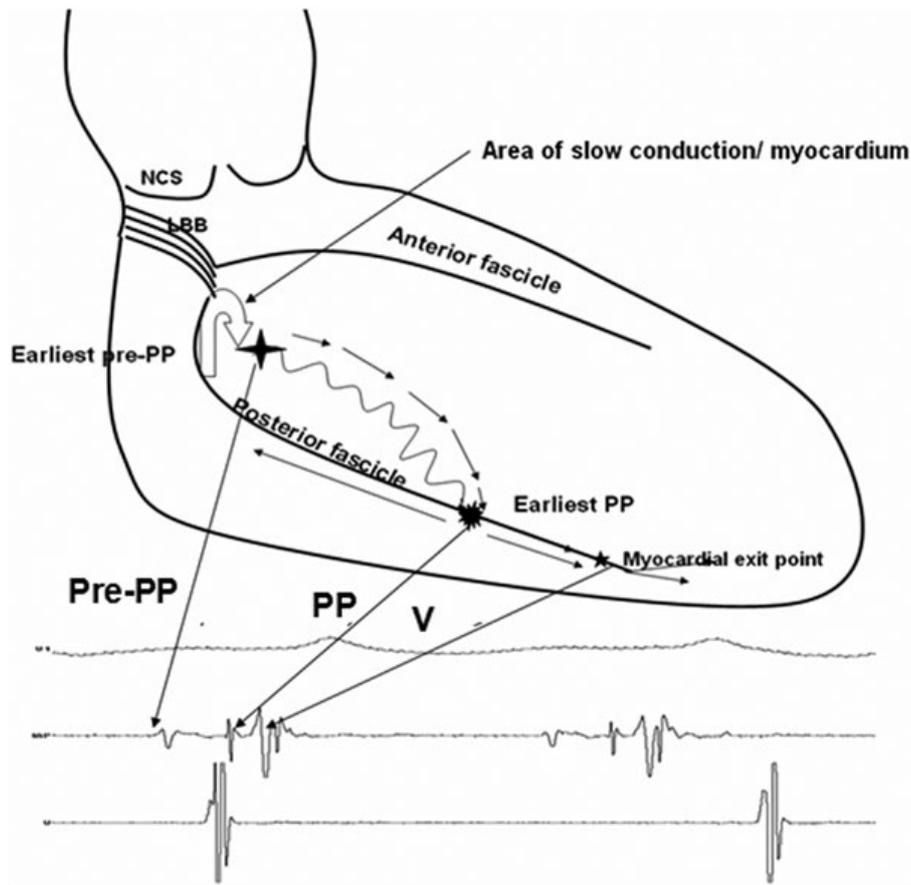
Con respecto a la morfología de la taquicardia la llamo TV fascicular no común porque no tiene la clásica morfología de BRD y eje superior como se ve habitualmente en las TV del fascículo posterior. En V1 el complejo QRS es negativo y la DII es isodifásica (no negativa como lo suele ser). Probablemente tenga conexión con algún fascículo accesorio o podría ser que el fascículo posterior tenga una inserción distal más septal o hacia la derecha. Esto es lo interesante de este caso!!

Les adjunto imagen del circuito de estas taquicardias. Debemos buscar potenciales de Purkinje presistólicos tratando de encontrar el P2 más precoz en relación al His.

El pace mapping desde el sitio de activación mas precoz en estas taquicardias suele no reproducir exactamente la morfología de la misma.

Saludos!

Alfredo del Río



Muy interesantes los comentarios del Dr. Daniel Banina. Se pone linda la discusión y no tenemos todas las respuestas ya que todavía no hemos hecho la ablación de esta paciente.

Sin embargo quiero destacar algunos puntos que me parecen importantes:

1- La arritmia mostrada tiene grandes probabilidades de ser reentrante ya que se induce repetidamente con el mismo protocolo de EVP, es encarrilada y revierte mediante sobreestimulación. Las taquicardias de la cruz se cree que son focales.

2- Todas las taquicardias de la cruz en el trabajo de Marchlinsky tuvieron DII negativa, nuestra paciente tiene una DII isodifásica.

3- Las taquicardias de la cruz tienen QRS más ancho que las TV idiopáticas, en nuestro caso la TV es muy poco ancha lo que se puede explicar por una reentrada fascicular, si bien coincido en que el ECG no es exactamente el típico.

4- Durante el EEF realizamos pace mapping de la zona del ostium del seno coronario y del ostium de la vena cardíaca media y no logramos reproducir la morfología de la taquicardia.

Como dice el trabajo de Marchlinsky, es importante distinguir entre las taquicardias de la cruz cardíaca y las TV de la región pósteroseptal del anillo tricuspídeo. Estas si pueden tener un complejo RS en DII, son menos anchas y presentan transición precordial en V2 como es el caso de esta paciente.

Creo que es un caso muy interesante. El abordaje de esta paciente deberá incluir mapeo electroanatómico, mapeo del anillo tricuspídeo y del anillo mitral (regiones pósteroseptales). Asimismo deberemos volver a mapear la zona del ostium del seno coronario y vena cardíaca media. Por último la región pósteroseptal del VI buscando potenciales presistólicos.

Saludos!!

Alfredo del Río
