

Masculino de 25 años con TPSV – 2018

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro:

Les envié estos 2 ECG par conocer su opinión.

Paciente de 25 años sin antecedentes con ECG normal solo signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Refiere episodios aislados de palpitaciones de 5 a 10 minutos de duración aparición sin relación con los esfuerzos.

Presenta realizando complemento, síntomas de palpitaciones y disnea. Es asistido por servicio de emergencias y trasladado a guardia constatándose taquicardia de 180 por min; se infunde adenosina IV sin respuesta y se realiza maniobra de valsalva cediendo la taquicardia.

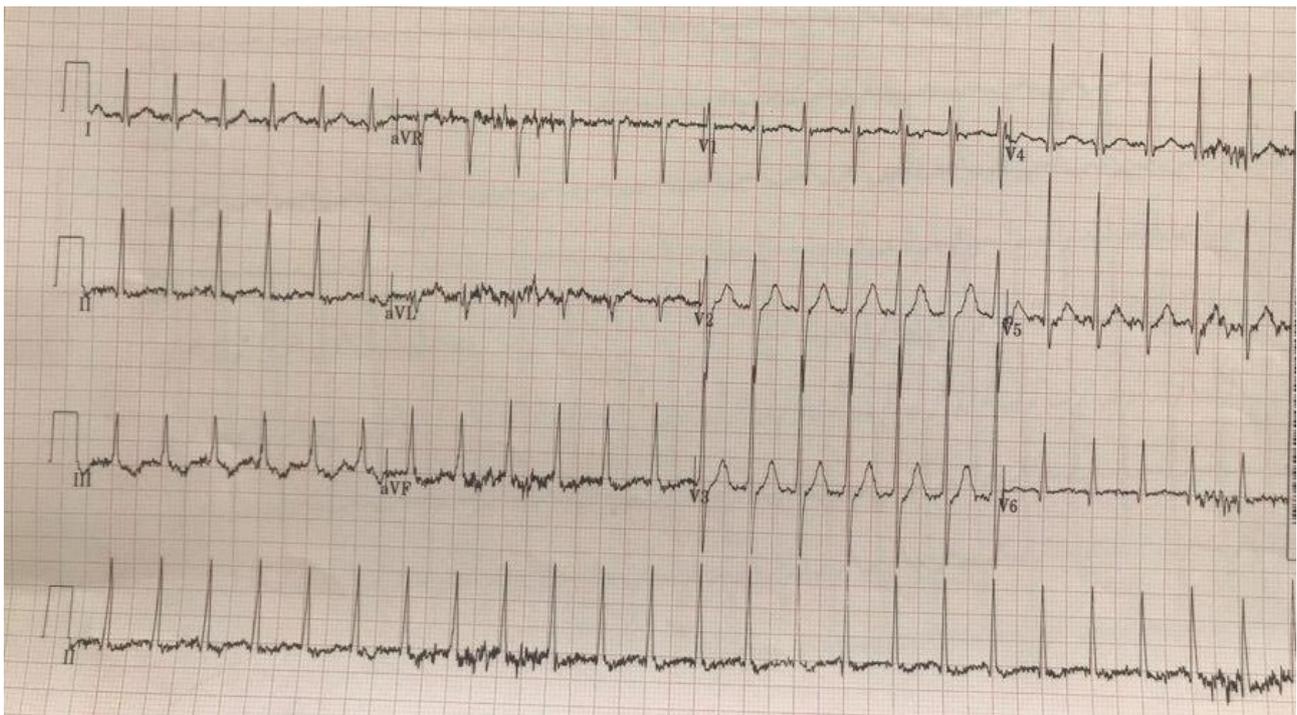
Obviamente el diagnóstico es TPSV, ¿cuál interpretan es el mecanismo probable de la misma, reentrada nodal o vía accesoria oculta?

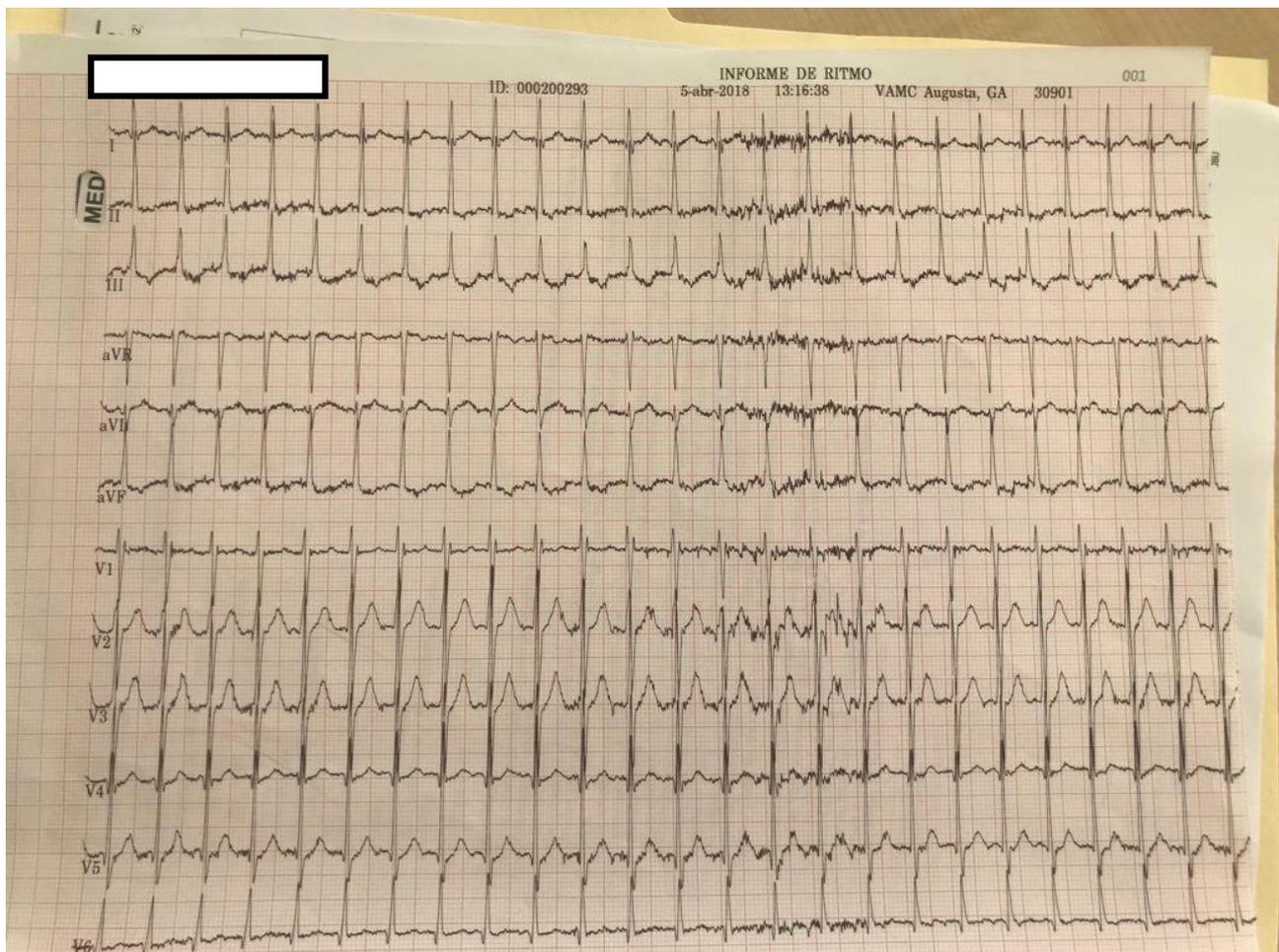
A mí me impresiona una TPSV por reentrada nodal, me gustaría conocer su interpretación.

¿Pueden los trastornos hidroelectrolíticos y deshidratación contribuir a la aparición de la misma?

Un cordial saludo

Martín Ibarrola





OPINIONES DE COLEGAS

Hola a todos,

Buen caso Martin. opino lo siguiente:

- la linea de base no es buena, eso dificulta ver bien una P
 - si no veo mal en las precordiales especialmente V2-V3 se ve algo así como una P precediendo la R, lo cual significaría tener un RP largo
 - el RP largo puede ser: TA, TS, nodal atípica, vía oculta atípica, me inclino más por las 2 primeras.
 - con la adenosina sin respuesta, muchas veces queda la duda si se administró con técnica correcta, dosis correcta, si hubo bloqueo AV o ensanchamiento del QRS
- Escuchemos mas opiniones.

Fernando Malpica Cervantes

Hola Martín. Gracias por compartir tu caso.

Me llama la atención que escribas que el ECG es normal salvo HVI.

¿Te refieres al ECG en RS ulterior al de la TPSV?

¿Aumento del Voltaje del QRS aislado durante la taquicardia o a cuales otros hallazgos ECG o de otros métodos diagnósticos disponibles para ti?

Yo veo una taquicardia regular de QRS estrecho con LC: 400 ms (150 lpm) con una actividad auricular que en algunas derivaciones podría sugerir la existencia de Onda de Flutter fusionada con los QRS como cuando el FTA se conduce 2:1.

Te pregunto lo del HVI que mencionas porque al ser un chico joven sin antecedentes patológicos quizás sea poco probable que realmente tenga HVI y sea sólo un aumento de voltaje del QRS normal en jóvenes especialmente si son deportistas.

Gracias Martín y yo también espero por las opiniones de los que saben.

Saludos para todos.

Leonardo Ramírez Zambrano

Estimado Martín,

Los ECG muestran una TPSV con muy mala línea de base por interferencia, donde yo no veo onda P clara, y que tiene alternancia eléctrica en los QRS.

El hecho clínico más importante es que termina con maniobras de Valsalva, lo cual nos orienta a que la taquicardia depende del NAV para su existencia, por lo cual hay dos opciones (como tu planteas en tu mail): taquicardia por reentrada nodal o taquicardia por reentrada AV ortodrómica.

Las taquicardias por reentrada nodal se presentan generalmente en la edad media de la vida, y son dos veces más frecuentes en mujeres. Así que en esta persona, varón de 25 años, creo que el planteo más probable es taquicardia por reentrada ortodrómica.

Sería interesante ver el ECG basal para valorar si tiene pre-excitación.

Saludos,
Daniel Banina Aguerre

Hola Martín.

Claramente es una TSV. La FC es de 150 lpm.

La línea de base está con ruido x lo tanto no es posible ver con detalle si existe onda P retrógrada.

En V1 hay r', si no está en sinusal es una P retrógrada y sería una TRNAV. Con FC 150 lpm hay que pensar también en AA con BAV 2:1 pero la adenosina lo hubiera demostrado con claridad y la maniobra vagal no lo revierte.

Si así fué, el NAV está involucrado en su mecanismo x lo tanto es TRNAV o TRAV ortodrómica.

La NAV es más frecuente en mujeres, la TRAVO más en hombres. Pero todo es relativo. Veamos cual es el diagnóstico definitivo.

Abrazo

Oscar Pellizzon

Buenas tardes Foro!

¡Qué decir después de las opiniones de los electrofisiólogos y del Dr. Pellizzón.

1°) si Martín dice que tiene signos de HVI, hay, le creo, tiene mucha experiencia en pacientes deportistas.

2°) Conuerdo con lo relacionado y comentado con respecto a artificios, donde además de lo mencionado no se puede discernir el signo de "Di Toro" en aVL a favor de TRIN. Como dice el Dr. Oscar hay r' en V1 sospechoso de TRIN.

3°) en contra de TRAVO: no veo alternancia eléctrica, tampoco un claro supradesnivel ST en aVR ni tampoco infradesnivel en más de 6 derivaciones. Aunque no específicos, más frecuentes en TRAVO.

4°) como dijeron hay cierta tendencia de edad para mujeres TRIN y TRAVO para varones
5°) volviendo a que tiene HVI me inclino por TRAVO, por la mayor asociación entre MCH Y WPW. Por lo tanto el riesgo de MS es alto. El tratamiento sería ARF o Críoablación.
Habrá que descartar si es MCH o a alguna de depósitos.
6°) al Dr. Martín le parece TRIN y él tiene el ECG en sinusal

No tengo conocimientos si los trastornos electrolíticos o deshidratación son desencadenantes de alguna TPS.

Cordialmente

Juan Carlos Manzardo

Buenas noches.

Taquicardia regular de QRS estrecho con $RP < PR$ con un RP que es $<$ de 90ms. Lo digo porque tomo en cuenta mucho V1. En esa precordial IMPRESIONA una pseudo R, sin embargo deberíamos tener un ECG de base para corroborar el diagnóstico.

En definitiva para mi es una Taquicardia reentrante nodal debido a la presencia de una Doble vía intranodal típica.

Agradecido.

Abner Mavarez

Muchas gracias a todos los que han expresado su opinión, no tengo el diagnóstico definitivo ya que debe realizarse el EEF y ablación.
En el ECG en RS tiene 51 por minuto de FC con un PR de 110 mseg, sin onda delta, y criterios de HVI como se observa en la TPSV con un índice de Sokolov de 4,5 mm.
No presenta signos ECG de miocardiopatía hipertrófica. La línea de base es mala coincido pero interpreto que la onda P se encuentra sobre el QRS.
Les adjunto los criterios para el diagnóstico diferencial en la sospecha de TPSV por reentrada vs vía accesorio oculta.
Cuando conozca el resultado del EEF con gusto se los remito y consigo para adjuntarles el ECG en reposo del paciente.

Martín Ibarrola

	<i>TRNAV atípica o rápida-lenta</i>	AVRT
Sexo	Mayor frecuencia mujeres	Hombre 2.1
Edad de aparición	Luego de los 20 años	Desde la infancia
Frecuencia	3 al 10% de las AVRNT (50-69%)	30% de las taquicardias regulares
RP > 80 mseg	SI	SI
RP menor que el PR	SI	SI
P	Negativa en DII, DIII y AVF	Negativa en DII, DIII y AVF Via posteroseptal (80% derechas)
Infradesnivel del segmento ST mayor de 2 mm	Presente en el 27%	Presente en el 60%
Alternancia del QRS	Poco frecuente	Frecuente Sensibilidad 50%; especificidad 89.19%;
Conducción con aberrancia	Raro	Común
