

# **Paciente diabético y coronario de 66 años con taquicardia regular**

Dr. Mario D. González

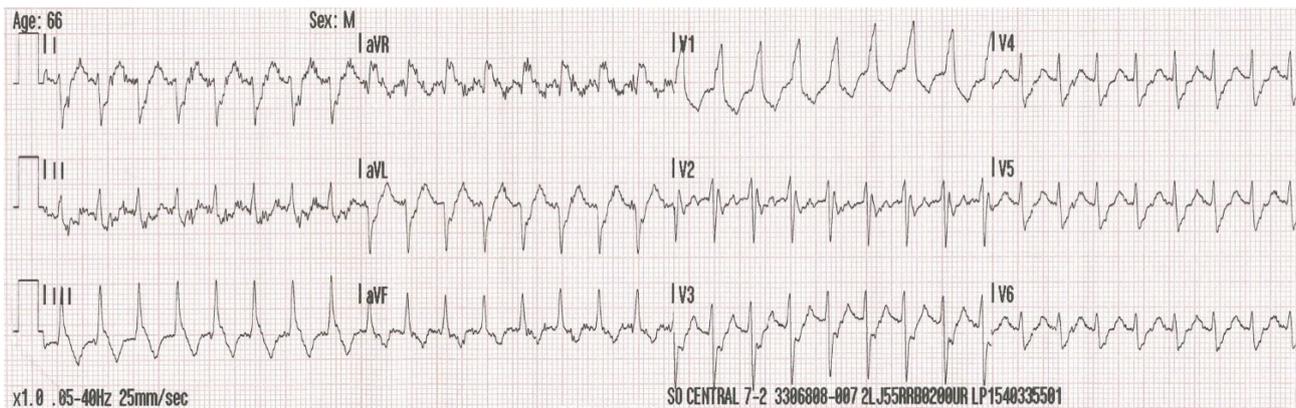
Es un paciente de 66 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y enfermedad coronaria (stents en la coronaria derecha en 2006 y 2008, infarto de miocardio en cara inferior en 2006).

El paciente desarrolla en reposo fuerte dolor retroesternal sin irradiación y los paramédicos que lo ven en su domicilio le registran este ECG.

¿Qué les parece? No les doy más información para hacerlo más interesante.

Saludos,

Mario D. Gonzalez



---

## OPINIONES DE COLEGAS

Buenas tardes Dr Mario y Foro!

En contexto de un paciente con FRCV e infarto previo con implante de 2 Stent, que ingresó por angor, sospechar nuevo evento coronario agudo.

Se trata de una TVM sostenida muy rápida cerca de 190 lpm, con imagen de BRD + HPIHH, probable origen en región anterolateral de VI o zona de fascículo/músculo papilar anterior (QRS mide  $<$  o igual 120 msec), probable origen en necrosis secundaria a infarto previo. Quizás los stent los implantaron en DA. Ahora en el ingreso por angor y TVM conclusión de otra arteria, probable CD.

Esperemos más datos, y opiniones de los expertos, y a seguir aprendiendo de Uds.

Juan Carlos Manzardo

Yo estoy de acuerdo con Dr. Mazzardo.

Quisiera agregar que tiene aparentemente conducción retrógrada 1:1, que para esa frecuencia llama la atención. Por último, si el dolor estaba relacionado a la TV no necesariamente tiene una nueva arteria enferma, yo creo que cualquier persona con esa TV de casi 200/min puede tener angor aún con coronarias normales.

Estadísticamente y por el lugar de origen la probabilidad está a favor de la interpretación del Dr. Mazzardo.

Con afecto

Gerardo Nau

---

Disculpas, no interpreté bien la lectura, IAM 2006 y 2 Stent a CD 2006 y 2008.

En nuevo ingreso probable obstrucción / espasmo de DA (1° diagonal) o marginal de Cx.

Juan Carlos Manzardo

---

Muchas gracias Dr. Manzardo y Dr. Nau.

Para que sea mas didáctico el caso les pregunto si ¿el diagnóstico de taquicardia ventricular se basó en las características del ECG o por el antecedente de enfermedad coronaria?

Otro dato: los paramédicos le administraron adenosina endovenosa (3 dosis 6, 6, y 12 mg) y la taquicardia terminó. No temenos registro de la terminación.

Gracias por participar en la discusión de este caso.

Saludos,

Mario D. González

---

Hola Mario. Con los antecedentes del paciente ante esta taquicardia con QRS ancho uno debe pensar inicialmente en TV. Es TV en 80% de los casos.

En este caso existe entre cada QRS una deflexión que considero que es una onda P particularmente en V1 y V2 y de una manera 1 a 1. A un LC de 320 msec es raro que sea retrógrada. Me pregunto si no habrá otra P en el QRS. Si uno emplea los algoritmos conocidos (Brugada o Vereckeí) no dan para TV sino para TSV. Si no hay

descompensación hemodinámica se podría emplear adenosina y ver si se disocia o bloquea o termina. En la vieja época en el Hospital Centenario usábamos el registro intraesofágico. Además es posible necrosis ántero lateral. La FC alta puede aumentar el consumo de O<sub>2</sub> y provocar angor sin estar cursando IAM.

Veremos otras opiniones y cual es el final.

Abrazo

Oscar Pellizzon

---

Buenas noches Dr González, pensé en TVMS por los antecedentes del paciente, si bien tiene R pura en V1 relación R/S < 1 en V6, podría avalar TV por ECG. Como dijo el Dr Pellizzón los criterios de Brugada, Vereckei y también en de Pava son negativos. No pensé en TSV con aberrancia, pero parece en V2 haber onda P equidistante de los QRS y como dijo también el Dr Pellizzón podría haber otra P enmascarada en el QRS, y parece estar en pseudo "q" en DIII. De esta forma, puede tratarse de una taquicardia auricular paroxística 2:1 por aumento del automatismo en una cardiopatía estructural, que podría ser sensible a adenosina.

Algunos autores describen un efecto inmediato y otro tardío de la adenosina, y también hay descriptos TVM sensibles a la adenosina en zonas de microrreentradas en la periferia de daño miocárdico, y TV inducidas por actividad gatillada.-

Veremos como termina este interesante caso, buenas noches!

Juan Carlos Manzardo

---

Estimadísimo Mario. Yo no descarto la TPS con BRD + HBP pero no veo las necrosis previas y hay menos probabilidad anatómica y funcional. La presencia de estos trastornos de conducción de la división posterior durante la TPS es muy rara porque la División Anterior de la rama izquierda es mucho mas larga y fina anatómicamente, por lo que su período refractario y su tiempo de conducción es más largo que la división posterior.

La realidad ,Mario que en medicina el diagnóstico y pronóstico de un estudio es el resultado de la comparación del estudio actual con el estudio previo e inmediatamente posterior. No sólo en la electrocardiografía sino también en los demás estudios: la radiología, análisis, eco, estudios funcionales e inclusive frecuentemente la CCG

Gerardo Nau

Muchas gracias Gerardo y Oscar por la excelente discusión y diagnósticos diferenciales en este paciente.

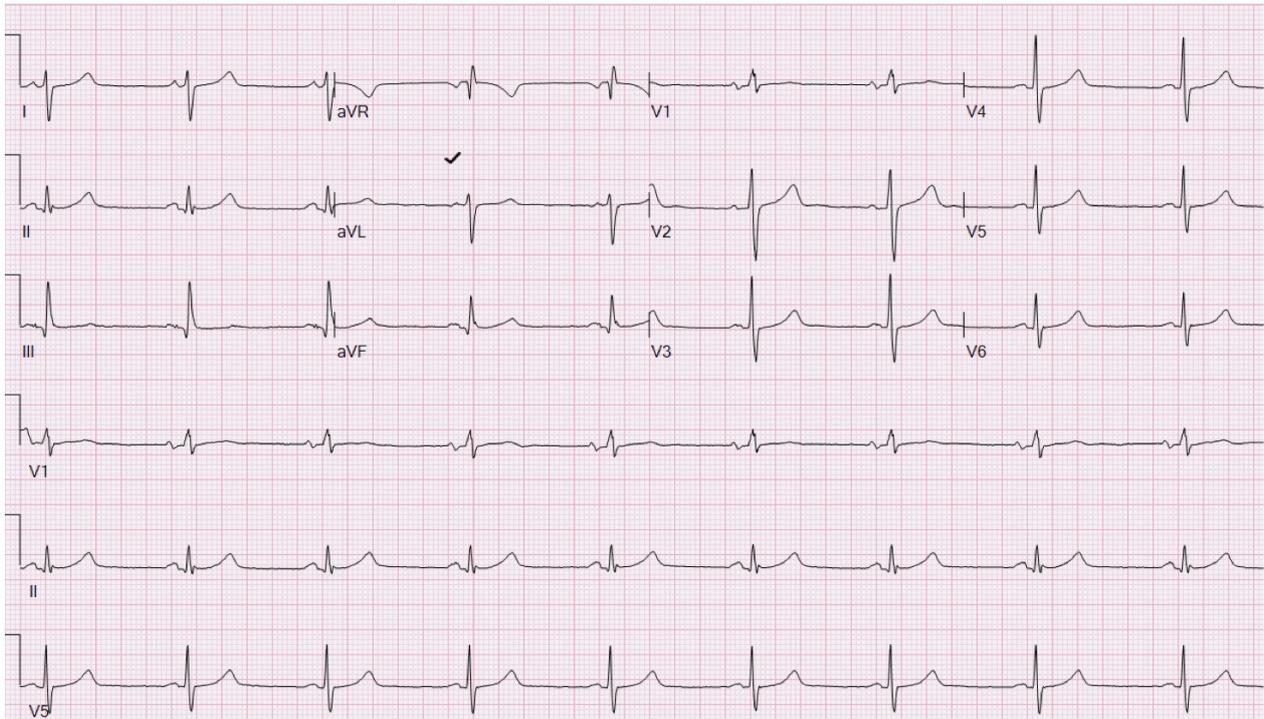
Mi primera impresión fue también que se trataba de una taquicardia ventricular por el eje inusual de los complejos QRS. Como verán, el ECG en ritmo sinusal tiene un eje del QRS semejante al de la taquicardia con ondas q en cara inferior y R alta en V1.

El ecocardiograma fue normal con FE de 55%. Es estudio nuclear con tecnecio y regadenoson demostró isquemia reversible en cara inferior y anterior cerca del ápex. El cateterismo mostró stents permeables y lesiones difusas de los 3 vasos.

El estudio electrofisiológicos demostró una vía accesoria oculta inferior para-septal (postero-septal comúnmente denominadas, aunque incorrecto anatómicamente). Como había conducción retrograda por el nódulo A-V y por la vía accesoria hicimos el mapeo durante marcapaseo del ventrículo izquierdo. Además durante la taquicardia el paciente desarrollaba dolor retro-esternal. Mapeamos tanto el anillo mitral como el seno coronario. La activación retrograda más precoz estaba en el seno coronario a 1 cm del ostium. Allí la ablación la conducción por la vía anómala.

Buen fin de semana!

Mario D. González



---

Estimados colegas me impresiona que por los antecedentes coronarios IAM previo, con una taquicardia QRS ancho con imagen de bloqueo de rama derecha, que presenta R pura en V1 con eje positivo en aVr y que presenta en la repolarización pequeñas muescas que se ven en forma intermitente lo que sugiere Wenckebach retrógrado me impresiona que estamos en presencia de Taquicardia Ventricular con imagen de BRD, muy interesante porque además es frecuente discusión en pacientes que ingresan a la Unidad Coronaria, un abrazo .

Calos Martín Perafan