

Paciente femenina de 65 años con palpitaciones rápidas que no ceden - 2018

Dr. Alfredo del Río

Estimados amigos de Cardiolatina. Ya que hay muchos cardiólogos clínicos en el foro les envío un caso tal cual me consultaron.

Paciente femenina de 65 años que comienza con palpitaciones rápidas súbitamente que no ceden. Llega con una hora y media aproximadamente de duración a la madrugada. La internan en UCC. TA: 90/60 mmHg. Le hacen adenosina EV en dos oportunidades 1 ampolla EV en bolo y dos ampollas EV en bolo a los 15 minutos sin respuesta.

La paciente refiere padecer este tipo de palpitaciones paroxísticas desde hace 2 años pero nunca tan prolongadas.

¿Diagnósticos diferenciales? ¿Conducta con la paciente?

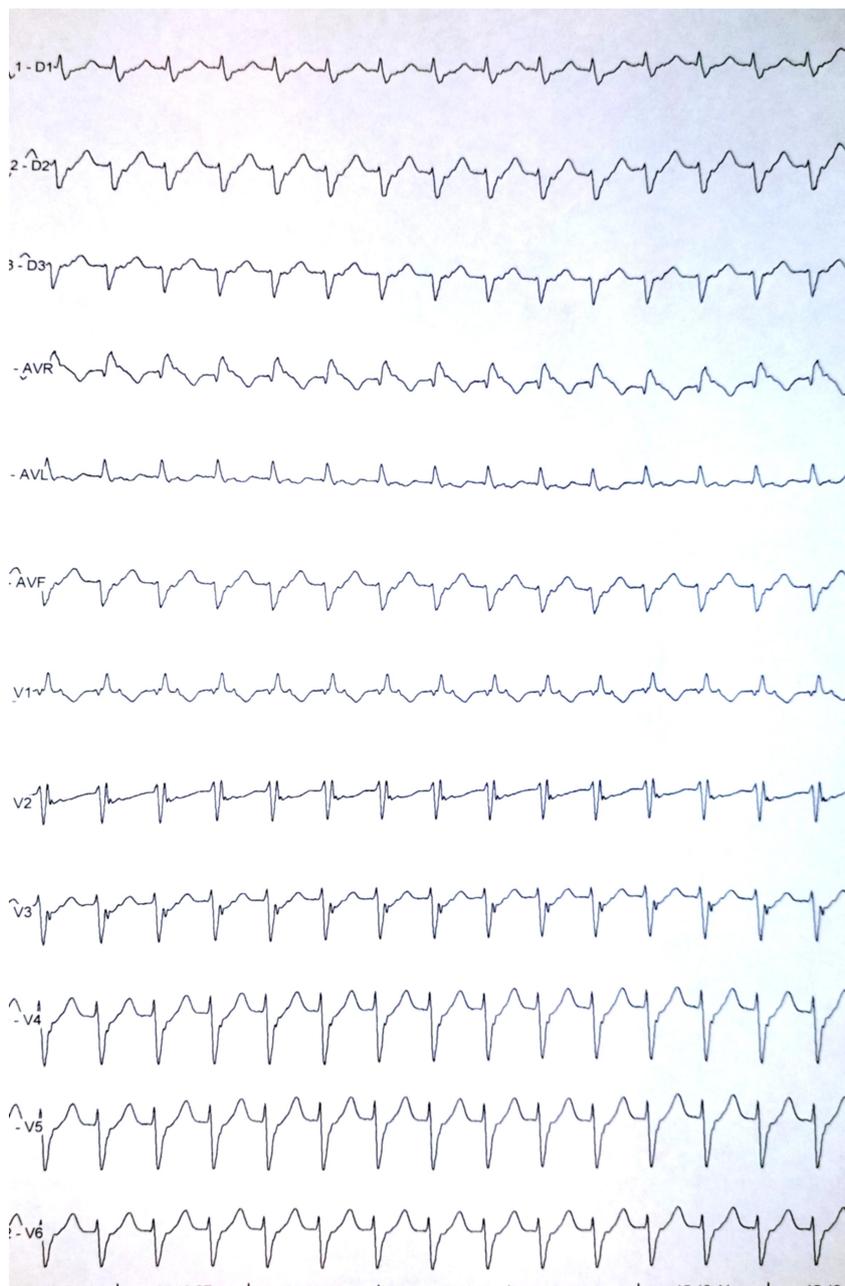
Dr. Alfredo Del Río

OPINIONES DE COLEGAS

¿Tienes el ECG sin taquicardia?

Jessica Vasquez Álvarez

Taquicardia regular de complejo ancho con morfología de BRD, qR en V1 y rS en v6, que orienta a origen ventricular. Conducción retrógrada 1:1. TV del



fascículo posterior. Se puede realizar verapamilo (verapamilo sensible) pero es más segura la CVE. Diagnóstico diferencial: TV del músculo papilar póstero-medial pero por la morfología parece Fascicular.
Saludos

Javier Pinos Vásquez

Me llama la atención la morfología de la onda P retrógrada en V1, claramente positiva como cuando la activación de las aurículas se hace desde la

izquierda. Yo no descartaría una Reentrada AV por una vía accesoria oculta izquierda conducida con BRDHH. Sería interesante si ver el ECG en RS.

Gracias Dr. Del Río por compartir su caso.

Sin duda que aprenderemos de los comentarios de los expertos.

Leonardo Ramírez Zambrano

Buen día foro! Desde el punto de vista clínico, teniendo en cuenta la edad de la paciente, hay compromiso hemodinámico (hipotensión arterial) y respuesta negativa a adenosina, en taquicardia con QRS ancho pensar en TV y la CVE se impone.

Coincido con el Dr Javier en el origen de la TV con retroconducción 1:1, por criterios morfológicos y clínica.

El diagnóstico diferencial por sería TPS aberrada, con $RP < PR$ (aunque no hay grilla para hacer mediciones), onda (-) en cara inferior y (+) en V1

- 1) Taquicardia por reentrada intranodal (TRIN)
- 2) Taquicardia reentrada AV por vía accesoria (TRAVO)

Descartar enfermedad estructural, y si las drogas no tienen resultado, estudio electrofisiológico y ARF.

Me despido con respeto

Dr Juan Carlos Manzardo

Hola

Taquicardia con QRS ancho con rS en precordiales menos de 100 ms orienta a SV (criterio Brugada)

$Rp < PR$ con más de 80 ms orienta a TRAVO con aberrancia por BRD en fase 3

P positiva en V1 orienta a vía accesoria lateral izquierda

Raro falta de respuesta a adenosina
¿Se hizo en forma de Flash?

Conducta:

EEF para ver mecanismo del circuito y eventual ARF del mismo
¿Vía accesoria? vs foco ventricular

Saludos cordiales

Juan José Sirena

Estimados amigos, excelente interpretación electrocardiográfica de todos los que contestaron.

El diagnóstico que hace la médica de guardia es el de una taquicardia paroxística supraventricular por eso le hace adenosina en dos oportunidades primero una ampolla y luego dos ampollas EV en bolo. Cuando me envía el ECG de la taquicardia y teniendo el dato de la no respuesta con adenosina mi primer diagnóstico fue el de una TV idiopática del VI. Por ello indiqué que le hagan Verapamilo EV 1 ampolla en dos a tres minutos. Como no había Verapamilo disponible en UCC en ese momento pero si Diltiazem le hicimos Diltiazem EV 1 ampolla EV lenta en 2 a 3 minutos. La taquicardia revirtió a los 40 segundos de la infusión. Adjunto el ECG en ritmo sinusal de la paciente. (figura 1).

Al día siguiente le realizan un ecocardiograma que fue normal lo mismo que su laboratorio y se le indica la realización de un estudio electrofisiológico con probable ablación.

Durante la espera, la paciente realiza otros 2 episodios de la misma taquicardia. Todos respondieron al Diltiazem EV.

Durante el estudio electrofisiológico se obtiene inducción de la taquicardia mediante burst de estimulación auricular de 450 mseg de ciclo.

Se observa que la TV tiene retroconducción V-A 1 a 1. Por dicha razón se realizan maniobras para disociar aurículas de ventrículos. Estimulación auricular e infusión de adenosina durante la taquicardia (Ver figuras 2 y 3).

Hecho el diagnóstico EF de TV idiopática del VI, se ingresó al VI mediante vía aórtica retrógrada y se mapeó el séptum interventricular en búsqueda de potenciales de Purkinje presistólicos. Se encontraron dichos potenciales en

la zona media entre el ápex y el registro del His. Los potenciales se observaban en taquicardia y en ritmo sinusal (Ver figura 4). También se encontraron por arriba de esa zona potenciales lentos probablemente originados en zonas de conducción lenta de la taquicardia.

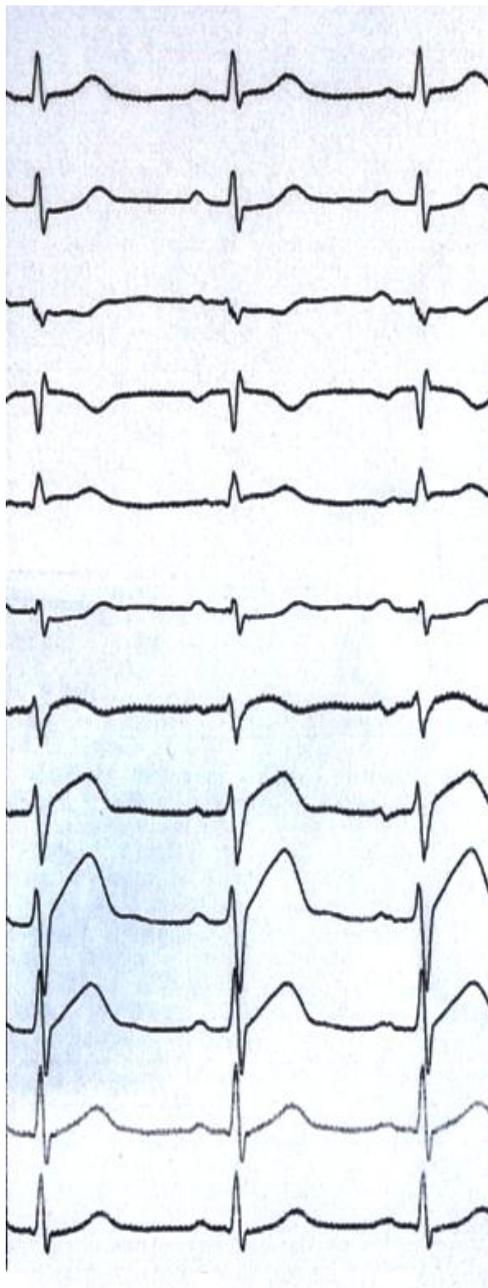
El mapeo electroanatómico indicó que el sitio de mayor precocidad durante la taquicardia se encontraba en la zona donde se registraban los potenciales PP (Figuras 5 y 6).

Un línea de lesiones desde donde se registraban potenciales lentos por arriba hasta la zona de potenciales rápidos mas inferior fue efectiva en suprimir definitivamente la inducibilidad de la taquicardia. (Figura 6).

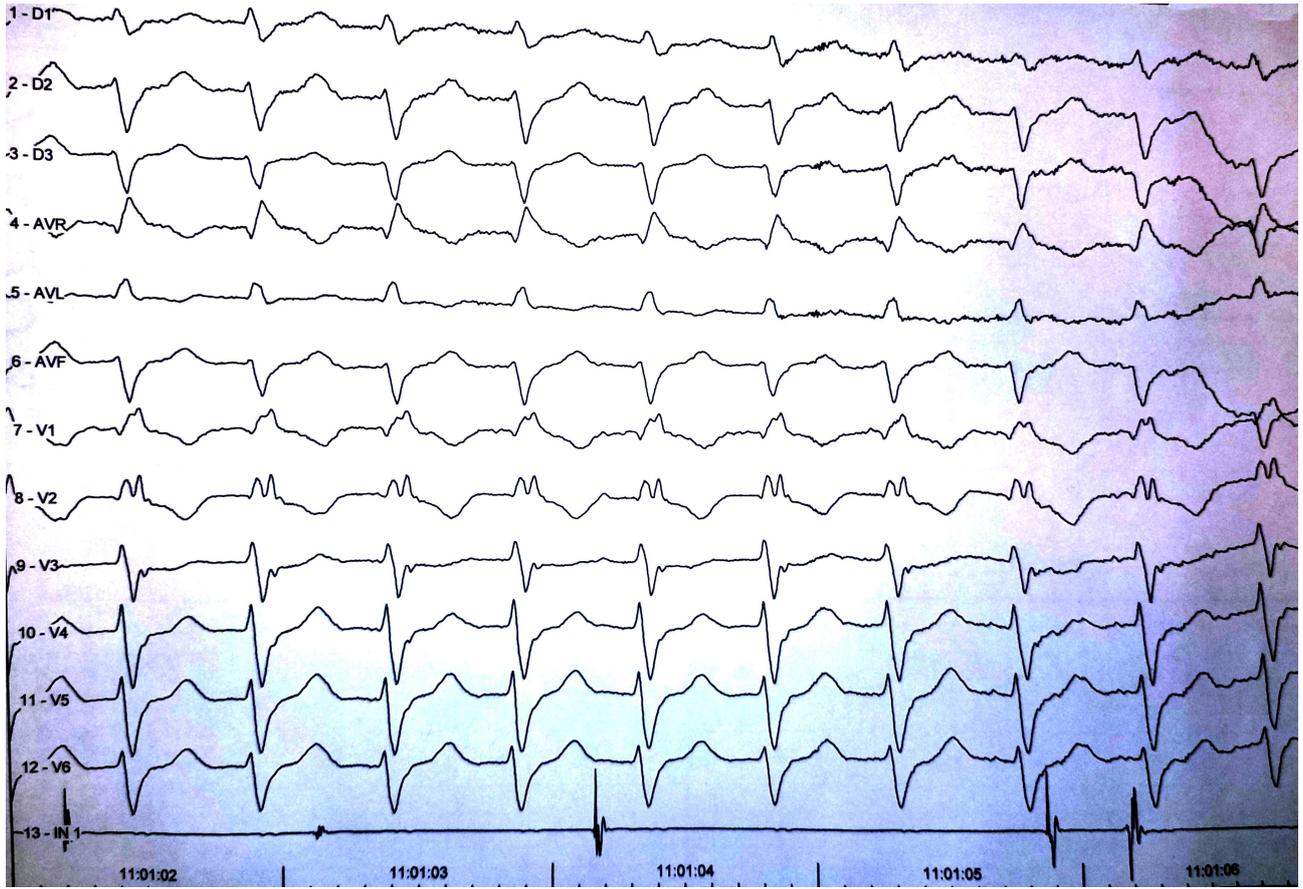
Me gustaria discutir cuál es el approach que utilizan los distintos centros que hacen ablación de este tipo de taquicardias.

Saludos!!

Alfredo del Río









2-201805041

Rot -26°
Áng 0°

