

Masculino de 60 años con palpitaciones por taquicardia por reentrada – 2013

Dr. Luis Medesani

Masculino 60 años

Palpitaciones de reposo -

Tratamiento: Bisoprolol 5 mg por HTA.

El trazado no es muy buena calidad

No tengo aún mejores imágenes porque es un ECG escaneado y enviado por correo de un amigo. Igualmente le pedí otros trazados a ver si puedo obtenerlos. Creo que igualmente se puede ver bastante.

Luis Medesani



OPINIONES DE COLEGAS

Hola Luis: ¡cómo estás! espero que muy bien.

Hermoso trazado...Estoy trabajando en este tema y juntando casos en colaboración con Mario Gonzalez para hacer un artículo con un número considerable de casos similares. ¿Tenés el EEF?. Porque si la respuesta es afirmativa y querés colaborar con nosotros, ¡bienvenido!! No doy mi impresión diagnóstica para dejar paso a la opinión de la juventud del FIAI, a ver si como les aconsejó el Papa Francisco, hacen un poco de lío.

Un abrazo

Pablo A Chiale (QEPD)

Estimado Pablo

Como un viejo lobo, albino e temblante que solo say a caçar en noches intermitentes escucho su consejo e espero opiniones de los más jovenes. Correcto?

Encontramonos en Gasglow.

Abrazos

Adail - Bahia - Brasil

Querido Adail: lamentablemente no voy a poder estar en Glasgow porque tengo compromisos impostergables aquí. Igualmente te envió un forte abraco y aguardo verte en Fortaleza o en Buenos Aires.

Creo que la arritmia que envió Luis admite muy pocas explicaciones y si las vertiera en el FIAI, quedaría poco para decir. Por eso dejo el espacio para que otros, sobre todo los jóvenes, emitan sus opiniones, dejándolos razonar en libertad, sin ningún condicionamiento previo.....

Como expresé en mi mail a Luis, que hagan lío tal como pidió el Papa (aunque el sentido sea distinto).

Una pregunta ¿vosé caca muito nas noites intermitentes?

Que tengas un bom domingo

Pablo A. Chiale

Taquicardia incesante de Coumel. Origen auricular. Si no me equivoco por mecanismo de reentrada. Provoca taquicardiomiopatía con el tiempo. Tratamiento: ablación por radiofrecuencia. No responde a ningún antiarrítmico.

Gracias.

Ricardo Paz.

Santiago del Estero.

Estimado, la taquicardia de Coumel es una taquicardia que se produce por un mecanismo de reentrada mediante una via con conducción lenta o decremental hacia la aurícula y despolariza el ventrículo por el nódulo AV cerrando el circuito; esta taquicardia si bien podría catalogarse como de RP largo y PR corto, llama la atención la bigeminia que se genera y que los cambios de ciclo dependen del RP, el cual tiene dos tiempos diferentes pero siempre iguales, cosa que no se ve en el Coumel. No me parece que sea esta taquicardia.

Un abrazo.

Luis Medesani

Ya que muy pocos opinaron sobre este ECG voy a poner mi opinión.
A mi criterio se trata de una taquicardia reentrante intranodal atípica subiendo a la aurícula

por una vía rápida y otra intermedia en forma alternante. Por eso la bigeminia.

Luis Medesani

Perdón Luis, se me escapó este caso.

El ECG es muy curioso y bonito. La calidad es mala, sin embargo, no creo que sea el mecanismo que mencionas. De ser así, ameritaría publicación seguramente.

No concuerdo con tu diagnóstico, porque el RP es siempre largo, a pesar la alternancia eléctrica. No puedo medir los RR y no me doy cuenta si es que son verdaderamente diferentes o es que la alternancia eléctrica (que podría explicarse por muchos otros mecanismos) nos juega una mala pasada. Si los RR son iguales y el RP es siempre largo, es una RIN atípica.

¿Sera posible Luis que escanees el ECG de nuevo y me lo mandes por via privada?

¡Tal vez lo podamos publicar en RIA!

Adrián Baranchuk

Hola Luis! por correo privado te había enviado mi opinión. Ahora la reitero desde Brasil, donde estoy pasando unos días hemosos en compañía del increíble Raimundo, del siempre inquieto Andrés y de un recién conocido para mi, un tal Marcelo Elizari.

Creo que se trata de una TRNAV rápida lenta, con conducción alternante en dos vías lentas retrógradas e interrupción espontánea por bloqueo en la vía retrógrada con conducción mais lenta. Muy bello trazado. Será muy lindo contar con un EEF. Nosotros estamos terminando un trabajo acerca del mecanismo de interrupción espontanea de las taquicardias SV por reentrada y en particular interesados en los casos en que existe

alternancia en el intervalo del ciclo (ver un artículo en Electrofisiología y Arritmias publicado en 2012 o 2013)

Un abrazo para todo el FIAI desde Fortaleza.

Pablo Chiale (PAC)

En mi humilde opinión como cardiólogo clínico se trata de una taquicardia por reentrada AV.

Pueden observar que el ritmo es auricular (P negativa) y lo notable es que se ve bigeminado (late de a dos). Ciclos cortos alternan con ciclos más prolongados. Cada P está seguida por un QRS, o sea conduce para abajo normalmente. Los QRS también alternan, uno de baja altura y el siguiente alto -lo que muestra ligero trastorno de la conducción intraventricular en fase III-. Por otra parte el RP también alterna: el RP es corto y el siguiente más largo. De manera que se trata de una taquicardia por reentrada AV utilizando una vía de descenso normal y con conducción retrógrada más lenta. Es una reentrada intranodal atípica a mi parecer, que sería relativamente fácil de solucionar con ablación.

Saludos

Diego Conde

Diego

Este caso no plantea dudas sobre el manejo. Las dudas son sobre la alternancia del QRS. La explicación dada por vos (Fase III) es mucho menos probable que la dada por Luis o Pablo, donde la conducción retrógrada ocurriría por dos vías lentas con distinta velocidad de conducción. Sin embargo, yo veo que el RP es siempre más largo que el PR, o sea, alternancia por vía lenta y rápida NO es. Pero leyendo bien el email de Luis, él dice:

“*subiendo por via rápida e intermedia*”...si lo que quiso decir es “subiendo por via lenta e intermedia” ahí podríamos estar de acuerdo, que creo que es lo que señala Pablo.

Claramente, la única alternativa para estar seguros es tener registros intracavitarios de este fenómeno.

Saludos

Adrián Baranchuk

Hola,

Aunque tenga 60 años y haya poca información clínica, ¿alguien ha pensado en la taquicardia recíproca tipo Coumel?

Miguel Fiol

NOTA DEL MODERADOR

Miguel, este caso comenzó a discutirse en el Foro previo al Congreso de Glasgow y había quedado en el tintero.

Pero en relación a tu pregunta, Ricardo Paz había opinado ya en el mismo sentido que tú dices.

Hola a todos. presenta alternancia cíclica de los RR, ciclo largo ciclo corto que presenta como refirió Pablo con el correr de la taquicardia un aumento de los intervalos de ciclo, lo que me llama la atención y no creo que se trate de alternancia eléctrica a pesar de la mala definición es que las ondas P negativas van seguidas por una rampa ascendente, similar a una onda delta, y esto altera los intervalos de ciclo de estos (PP). EL RP es mayor que el PR, en eso no hay dudas, ¿están completamente seguros que la onda P es por

conduccion retrograda? y ¿no es una taquicardia auricular que conduce en forma anterógrada?

Obviamente la explicación a este fenómeno la dará el estudio invasivo, pero impresiona una taquicardia reentrante auricular con conducción alternate por via anterógrada con propiedades electrofisiológicas que generan el fenómeno de la alternancia de ciclo y morfología de los QRS y la interrupción espontánea de la misma,

Descarto el fenómeno de aberrancia en los ciclos cortos, ya que al disminuir los RR, no disminuye la alternancia de los QRS, dos vías conduciendo en forma alternante lo encuentro menos probable, si podría sospecharlas que conducen en forma anterógrada, una vía lenta y otra vía rápida que conducen una taquicardia auricular a diferentes intervalos de ciclo, por hallar la vía en período refractorio y conducir por la otra vía. Fenómeno que se va autolimitando espontáneamente

La demostración de eso es que progresivamente los intervalos entre los ciclos se van prolongando hasta agotarse su conducción, lo que refiere el Dr Chiale, si mal no comprendí es que en algún momento se agota en su conducción, interrumpiéndose el mecanismo de la misma, por las propiedades electrofisiológicas de la misma.

No se trata de una taquicardia de Coumel, simplemente la excluye la definición, la presentada es paroxística y la taquicardia descrita por Coumel es sostenida, por lo que no coincide con la descripción realizada por éste.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Buen ejercicio, Martin.

En toda taquicardia que se presume por reentrada, debe excluirse una taquicardia auricular con conducción anterógrada. La forma usual de inicio de estas taquicardias es con calentamiento ("warm-up") y desaceleración ("cool-down") que están ausentes en este caso, tornando poco probable tu postura.

Pero vale como recordatorio para todos, que el algoritmo diferencial debe incluir las taquicardias auriculares.

Adrián Baranchuk

¡Gracias por tu respuesta y explicación Adrian!

Después de tu secuencia de pensamientos y análisis de situación como lo fue en el desfile de Edimburgo, sentados en la tribuna, me decía ahora vienen los mejicanos, y yo absorto por el espectáculo no reparaba en por qué el mencionaba que vendrían estos, después de unos minutos aparecieron y se cantaron unas lindas canciones, perplejo lo miré y pregunté: ¿como supiste? sentido común y deducción me respondió con una sonrisa. Cantamos juntos con todo el estadio esa hermosa canción.

Todavía yo sorprendido de su poder de análisis y deducción.

Un abrazo y hasta la próxima

Martín

En realidad me equivoqué en la expresión es subiendo a la aurícula por una vía lenta y otra intermedia. Perdón

Ahora que puedo estar frente a la computadora voy a extenderme un poco más en mi explicación. Como ya aclaré tuve un error en el mail anterior quise decir "taquicardia reentrante intranodal atípica (RP largo y PR corto) subiendo a la aurícula por una vía lenta y otra intermedia que generan la bigeminia"

Pensando al revés o sea que NO es, diría:

Los cambios de ciclo dependen de la retroconducción a la aurícula.

NO es una taquicardia auricular por cuanto los RP varían y varían en forma cíclica (uno largo y uno un poco más corto) pero claramente depende de un circuito que involucra al nódulo AV y con cambios en el VA con lo cual NO es una taquicardia auricular.

NO es una taquicardia intranodal TÍPICA porque es RP largo PR corto.

NO creo que sea una taquicardia de Coumel por que esta tiene decremento VA y si se enlentece progresivamente se corta la taquicardia.

NO es una taquicardia mediada por una haz oculto por que el VA es largo.

Yo también creo que el EEF es muy importante pero viendo el ECG sólomente es muy poco probable que sea otra cosa a mi criterio por que la morfología de la onda P no varía, los VA son de dos longitudes diferentes pero se repiten y es muy difícil que sea otra cosa. No sé que opinan Uds.

Luis Medesani

Hola Martín: Aunque haya excepciones (nuestra taquicardia auricular autolimitada repetitiva sensible a la lidocaína es un ejemplo) esperaríá que una taquicardia auricular uniforme tenga un intervalo del ciclo "fijo" y en el ejemplo que envió Luis eso no sucede. Por otra parte, tenemos muchos casos "similares" y estamos escribiendo un artículo al respecto, sobre el mecanismo de la interrupción espontánea de las TPSV por reentrada. Creo que es una observación interesante y el mecanismo postulado es una prolongación de la refractariedad "tiempo dependiente" ("fatiga de la conducción"). Todos los casos son de EEF así que no podemos errar en cuanto al diagnóstico de las arritmias evaluadas. Sí puedo decirte que en los casos de alternancia del ciclo de taquicardias por reentrada nodal AV o por macroreentrada, las interrupciones espontáneas, cuando se produjeron, ocurrieron siempre cuando era esperable una conducción más lenta (es decir, debía ocurrir un intervalo PR más largo que el del latido precedente). El caso de Luis es muy peculiar, porque tenemos sólo un par, uno de ellos que nos envió Mario González (también con EEF) con alternancia de la conducción en dos vías nodales lentas retrógradas.

Un abrazo

Pablo A Chiale

