

# Masculino de 65 años con taquicardias presincopales – 2017

Dr. Alfredo del Río

Amigos del Foro, envío este trazado interesante de un paciente varón de 65 años con taquicardias presincopales muy recurrentes a quien le hicimos una ablación en el día de ayer.

¿Cuál es el mecanismo de la arritmia?

Dr. Alfredo Del Río



# OPINIONES DE COLEGAS

Es una taquicardia auricular con bloqueo 2:1. Una EV que proviene del VD adelanta el QRS y deja ver las ondas P de la taquicardia. La EV hace una penetración oculta en la rama derecha. Luego de la extrasístole pasa a conducir 1:1 con imagen de BRD. La pausa post- extrasistólica hace que el periodo refractario siguiente sea más largo y por eso se bloquea la RD.

La otra posibilidad es que se trate de una TRN típica lenta/rápida con BAV 2:1 infrahisiano, que después de la EV pase a conducir 1:1 con BRD.

Muy lindo el ECG, Alfredo.

Saludos

Alejandro Ventura

---

Estimado Alfredo:

Impresiona ser una taquicardia por reentrada nodal 2:1 que con una EV pasa a conducir 1a1 que al segundo latido pasa a conducir con aberrancia.

Saludo Sebastián Maldonado

Buen día Profe Del Río! Coincido con la opinión del Dr Ventura, sólo agrego que la EV parece nacer de la base o punta del VD, deja ver claramente la ondas P' en cara inferior, penetra la RD y creo hemirama posterior, conduciendo 1:1 con aberrancia de RD + HIP.

Un masaje de seno carotídeo o Valsalva hubiesen ayudado.

Respetuosamente

Dr Juan Carlos Manzardo

---

Hola a todos. ¡Cuántos interrogantes crea este trazado!... pensaba que una arritmia de baja incidencia pero descrita como reentrada nodal lenta lenta podría sospecharse y pasar a lenta rápida luego de la EV

Alfredo Cagnolatti

---

Reentrada nodal típica que pasa de conducir 2:1 a 1:1 (con aberrancia) luego de la EV, que hace un "peel back" del periodo refractario en algún tejido por debajo de la reentrada, posiblemente el Haz de His. Hermoso trazado.

Sergio Pinski

Bueno, gracias por los excelentes comentarios. El Dr. Sergio Pinski hizo una síntesis perfecta del mecanismo de esta arritmia.

Cómo comentario agregado les quiero contar que este paciente hizo repetidos episodios de FA durante las aplicaciones de RF en la zona de la vía lenta por lo que recibió varias cardioversiones durante el procedimiento.

¿Le dan algún valor a este dato? ¿Alguien hubiera aplicado RF en la zona de la vía lenta durante FA para evitar tantas cardioversiones?

Saludos a todos!!! Y mis mejores deseos para estas fiestas!!!!

Alfredo del Río

---

Lindo ECG. Sirve para hacer diagnósticos diferenciales y razonar mecanismos electrofisiológicos.

1. Taquicardia auricular con BAV 2.1 y EV que pone de manifiesto la P' bloqueada y luego conducción 1.1 con aberrancia en RD.
2. TRIN con BAV 2.1 infrahis y EV que modifica refractariedad y conduce 1.1 con aberrancia RD. me inclino por esta última opción. Sería bueno luego ver los electrogramas para confirmar el diagnóstico. Saludos.

Oscar Pellizzón

Muy bonito trazado Dr Del Río, gracias por compartirlo, los que no somos electrofisiólogos aprendemos mucho de Uds.

Pregunto, ¿tiene BIA-A o parcial éste paciente? ¿Y así explicar los episodios de FA?

Cordialmente

Juan Carlos Manzardo

---

Hola Alfredo,

La inducción de FA durante el estudio electrofisiológico se puede deber a varios factores y no implica que el paciente va a tener FA clínica.

Prefiero hacer la ablación en ritmo sinusal, para ver que los escapes de la unión conduzcan retrógradamente por la vía rápida.

Felices fiestas!!

Mario D. González

---

De acuerdo con Mario. Mucho más seguro ablacionar en ritmo sinusal. Nosotros usaríamos ibutilide para tratar de estabilizar el ritmo en un caso así.

Sergio Pinski

Queridos amigos, muchas gracias por estos tips!! Nosotros también preferimos cardiovertir y ablacionar en RS. Estamos acostumbrados a lidiar con FA durante la ablación de vías accesorias pero rara vez en reentradas nodales. Saludos!!

Alfredo del Río

---

Una pregunta desde mi ignorancia, ¿cómo un extrasístole ventricular puede hacer que la conducción pase de 2:1 a 1:1?

Un saludo y gracias!!!

Carlos López

---

Durante la taquicardia por reentrada nodal, el bloqueo se produce por debajo del nodo AV, probablemente en el His. La EV actúa acortando el ciclo de estimulación de las células del His, por lo que acorta su período refractario, permitiendo al próximo latido conducir libremente. A medida que acortamos el ciclo de estimulación las células del His Purkinje acortan su período refractario. Contrariamente sucede con las células cálcicas del nódulo AV. Saludos!

Alfredo del Río

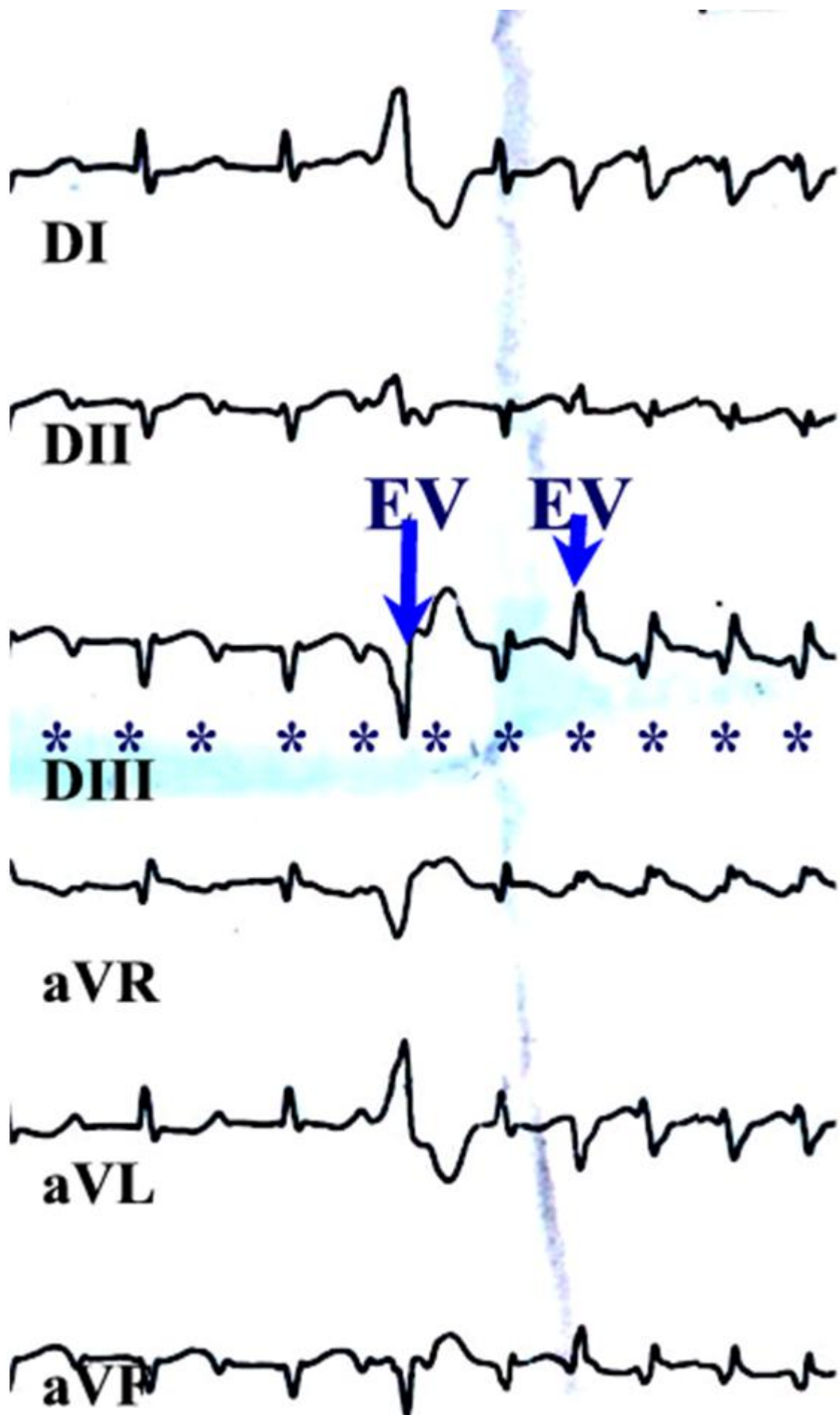
-Estimado Carlos:

Los asteriscos marcan en donde deberían caer los complejos QRS de la arritmia. El ECG de base presenta un HBAI. La primera EV no penetra el circuito y el latido posterior conducido tiene pausa compensadora postextrasistólica y puede conducir a través del miocardio ventricular como lo hacía previamente. La segunda EV presenta una imagen de BRD y HBPI (esta levemente anticipada y su morfología es un poco distinta a los latidos posteriores) se origina en las cercanías del fascículo ánterosuperior izquierdo despolarizándolo; esto produce que los siguiente latidos conduzcan por supernormalidad de dicho fascículo.

Adjunto figura.

Afectuosamente

Isabel Konopka





Muchas gracias! Creo que me queda más claro! Aunque todavía tengo que entender bien el fenómeno de supernormalidad!

Un abrazo a todos y feliz navidad!

Carlos López

---

Estimados colegas. Me gusta mucho la interpretación de Isabel. Sin embargo no descarto la interurrencia de una taquicardia ventricular desencadenada por la segunda EV que nacería muy cerca del foco de la TV en el Ventrículo Izquierdo. El RR de la TV es un poco más largo que la mitad del RR de la TPSV conducido 2:1 y el STT presenta pequeños cambios no fijos (¿onda P disociadas?). Me hubiese gustado ver la interrupción de la taquicardia. Saludos y le deseo una FELIZ NAVIDAD

Gerardo Nau

---

Querido Gerardo estoy totalmente de acuerdo con vos que el diagnóstico diferencial con una TV es válido.

Afectuosamente

Isabel Konopka

