

Mujer de 37 años con palpitaciones y discomfort – 2016

Dr. Juan José Sirena

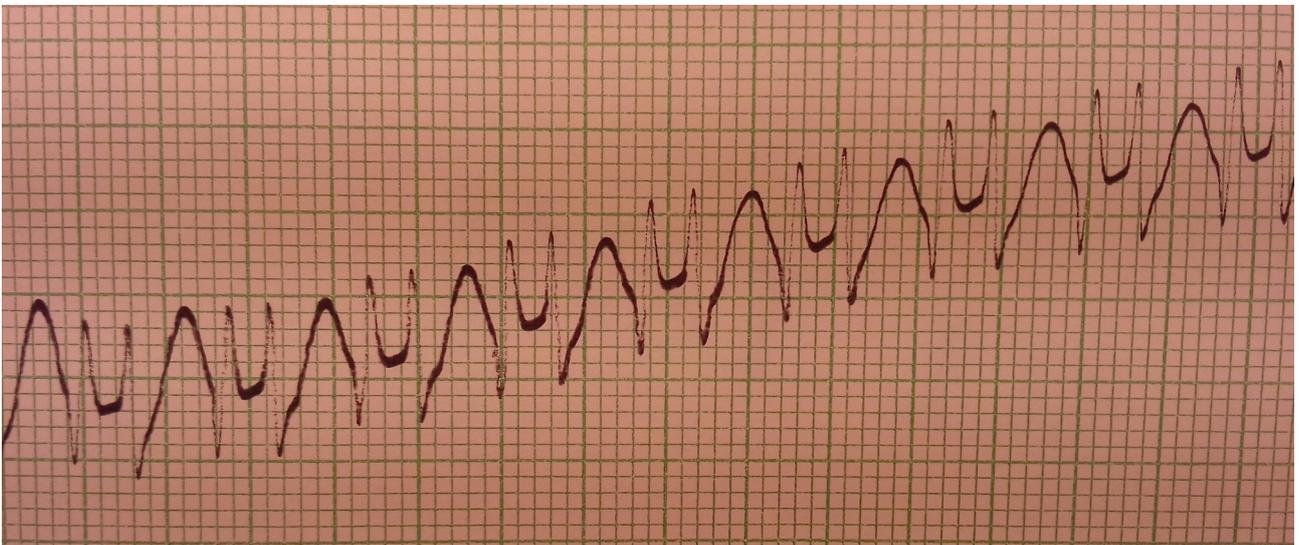
Hola amigos

En mi última consulta de hoy paciente acude por palpitaciones, discomfort, sin compromiso hemodinámico

- 1- ¿qué piensan del trazado?
- 2- ¿cuál es el diagnóstico?
- 3- ¿conducta ?

Saludos

Juan José Sirena



OPINIONES DE COLEGAS

Hola a todos!

Observo taquicardia con QRS angosto y FC 160 lpm. Al final de la onda T una inscripción rápida que no logro terminar de definir.

Se me ocurren 3 diagnósticos posibles. En orden de probabilidades según mi parecer:

1) Marcapasos (DDDR) con regulación auricular permanente estimulando en el URL (FC máxima del sensor). Conducción AV conservada.

2) Flutter auricular con pasaje AV 2:1

3) Artificio (aunque me hace ruido la regularidad y su relación con el QRS) por lo que descartaría esta opción.

Si fuera la opción 1, adecuaría la programación de la respuesta en frecuencia para esa paciente.

Si sospecho la opción 2, adenosina o maniobras vagales para confirmar/descartarla.

3) Si fuera la opción 3 pensaría en publicarlo.

Saludos.

Muy lindo el trazado!

Damian Longo

Estimado colega Dr. Sirena,

Viendo el único trazado disponible, pienso que es un registro intraesofágico y se ve una taquicardia con una longitud de ciclo de 330 milisegundos.

Hay una relación A-V 1:1. Sin otra información, no puedo hacer un diagnóstico o tratamiento. ¿Se le realizó alguna maniobra o marcapaseo?

Saludos,

Mario D. González

Hola Dr Sirena,

Aleteo auricular (registro intraesofágico).

Conducta : ablación.

Cordialmente

Luis Aguinaga

Querido Mario y Dr Sirera! Si es un intraesofágico (muy probable) su frecuencia seria 184/min aprox. La P seria el neg/pos y el QRS el RS con QRS angosto (aprox 80mseg). El PR seria de 0.13 seg.

La calidad del trazado es muy buena, pero si no se conoce la derivación ni la clínica esto no es un diagnóstico sino una especulación!

Un abrazo

Gerardo Nau

Buenas noches Juan José! Creo que es un registro intraesofágico, relación AV 1:1, PR 130 mseg, RR 176 lpm. RP >PR. P -/+ y QRS angosto

- a) ¿aleteo auricular 1:1? (Es lento, excepto si está medicado)
- b) taquicardia auricular
- c) reentrada UAV rápida-lenta
- d) TRAV x vía accesoria con retroconducción lenta.

Creo que nos gustaría ver el registro de 12 derivaciones.

Espero tu respuesta, y enseñanzas!

Saludos cordiales!

Juan Carlos Manzardo

Hola amigos

Gracias por opinar con esa simple imagen.

Envíoles imagen del ECG que presentaba la paciente en consultorio, y que realicé para diagnóstico y tratamiento.

Las maniobras vagales fueron inefectivas.

A continuación previa anestesia con lidocaina nasal y bucal puse un electrodo intraesofágico para diagnóstico y sobrestimular con tren de 9 estímulos.

RP < PR. EL RP de 120 ms.

Post SE Ritmo sinusal.

Procedimiento duró unos 10 minutos

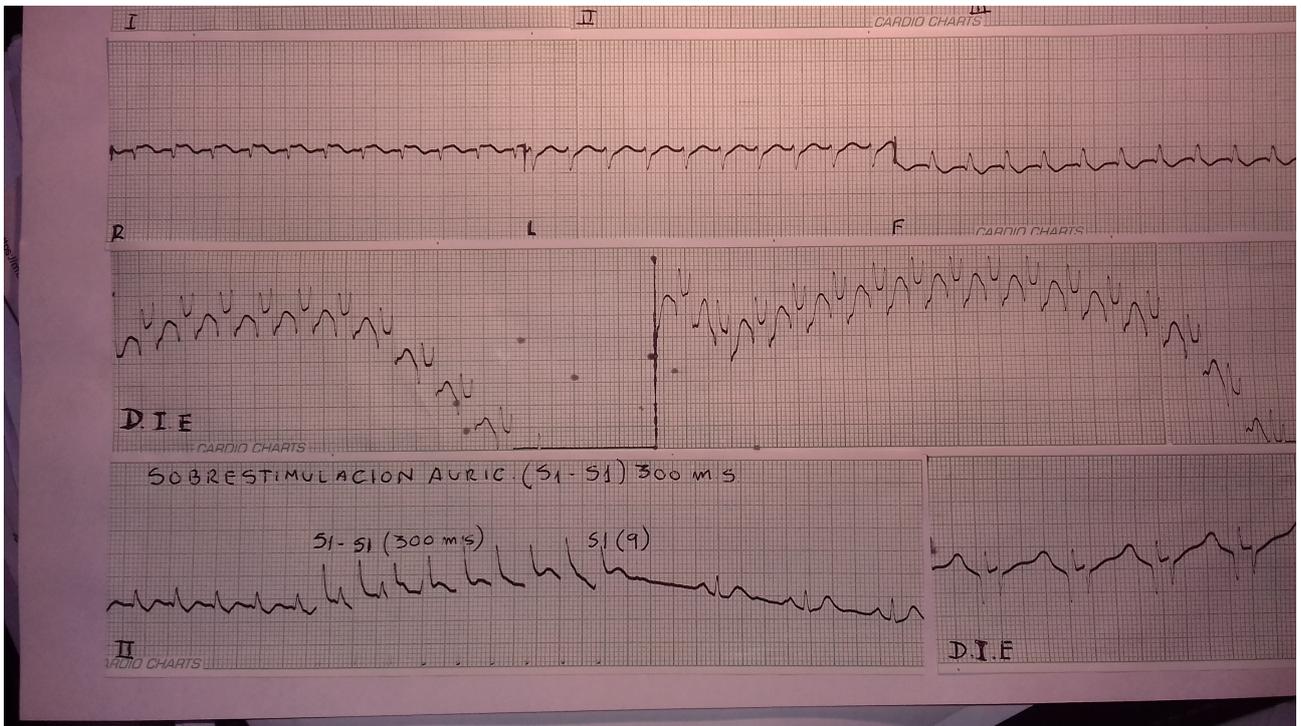
Conclusiones a mi parecer TPSV por RE AV POR VIA ACCESORIA OCULTA.

Conducta planteada ARF

Espero sus opiniones

Saludos

Juan José Sirena



Agregado

En registro intraesofágico el QRS sería QR y la P sería RS

EL Ciclo de la taquicardia unos 330 ms

¿De acuerdo Dr Gerardo?

Juan José Sirena

¡Buen día Juan José! ¡Qué lindo ejercicio!

¿A qué distancia de arcada dentaria está el electrodo?

¿El registro es bipolar?

¿Se encuentra más o menos a nivel del surco AV?

¿Cómo sabes observando sólo el registro IE, cuál onda es P y cuál QRS?

Muchas gracias!

Juan Carlos Manzardo

Hola Juan

Trataré de ser claro

1. El registro es unipolar. Colocó derivación V1 al Polo distal del catéter esofágico.

No me guío por la distancia, sino por la detección de la P moviendo el electrodo suavemente. depende del tamaño corporal

Por supuesto sin fluoroscopia

2 . ¿cómo se cuál es P y cuál QRS?

Utilizo un razonamiento inverso.

Si en Ritmo sinusal (ver tira inferior) la P es la que antecede al QRS en 160 ms y es -/+ asumiendo activación craneo caudal , entonces en taquicardia por RE AV utilizando una vía accesoria oculta (RP de 120 ms Con $RP < PR$) como brazo retrógrado la activación auricular sería caudo craneal por lo tanto ahora es al revés +/- sucediendo al QRS en 120 ms (tira superior)

De ser una taquicardia por RE Intranodal la P estaría dentro del QRS o sucediéndolo pero < 80 ms

Perdón no es método ideal pero a veces en urgencias como en este paciente sin recursos sin obra social o embarazadas lo utilizo

La paciente a los 30 minutos se fue en RS y continuaba así al día siguiente

Como dice Ignacio Copani a veces "lo atamo con alambre lo atamo...")

Saludos Juan José Sirena

Gracias por la enseñanza estimado Juan José!! Pero, no me contestaste o no entendí, ¿cómo sabes cual es onda "P" y cuál "QRS", mirando solo el registro IE?

Sin compararlo con el ECG de superficie.-

Un abrazo cordial!!!

Juan Manzzardo

Buena pregunta Juan

En principio un QRS normal mide menos que la duración de onda P, por lo tanto **solo mirando el intraesofágico** la P sería la de mayor duración, en este caso el QRS es el de 80 ms (más angosto) y la P la de 120 ms (la más ancha). En base a ello digo que el RP es Menor que el PR

Ahora si tuviera un trastorno de conducción IV se complica la cosa (dejo para otros).

Compara luego con las mediciones en RS y verás que son coincidentes las duraciones

En espera de otras opiniones para no especular y cambiar de pensamiento

Juan José Sirena

¡Otra vez gracias por desburrar!!

Saludos!! Desde Mendoza ahora con sol!

Juan Carlos Manzardo

Queridos colegas y amigos. ¿No les parece que a la morfología RS le sigue una onda T (que no se ve ni se adivina en el QR)?

Gerardo Nau