

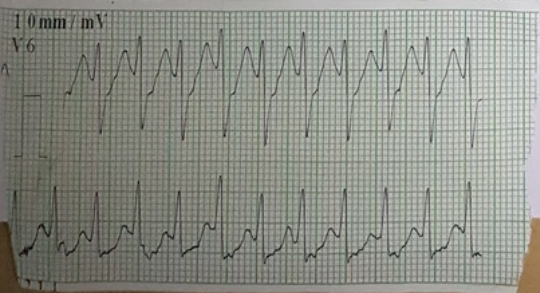
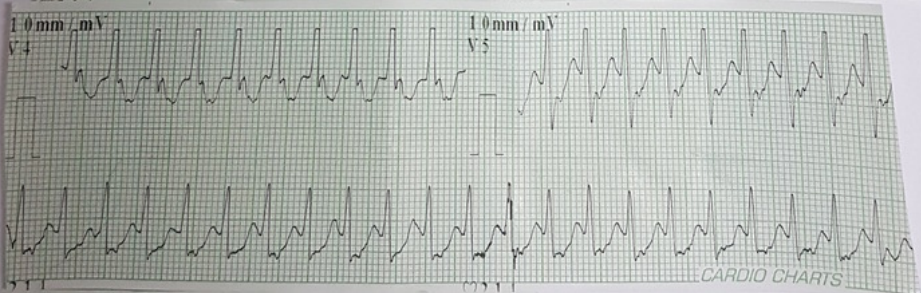
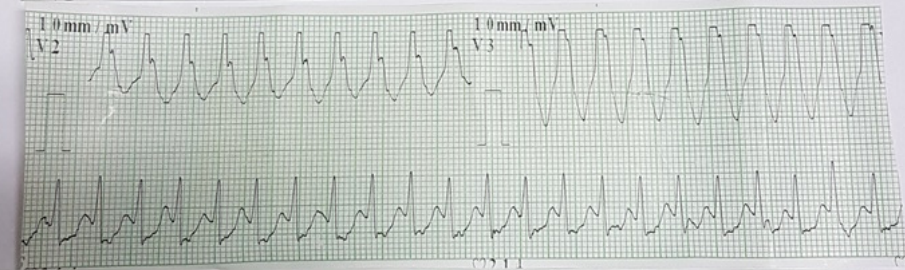
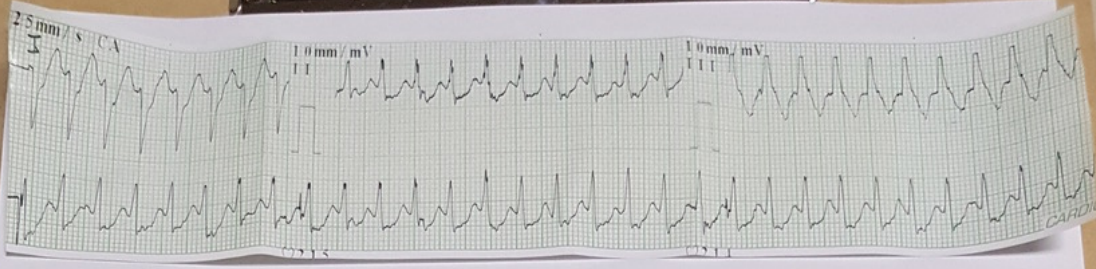
# **Paciente femenina de 58 años con taquicardia de QRS ancho – 2017**

Dr. Alfredo Cagnolatti

Paciente femenina de 58 años con sensación de desvanecimiento. Con mala saturación

¿Cuál es su diagnóstico?

Alfredo Cagnolatti



# OPINIONES DE COLEGAS

Primero lo cardiovierto.... tiene imagen de rama derecha que iría en contra de TV pero por esa frecuencia lo choco y después charlamos....

Ricardo Omar Paz Martín

---

Hola

Mi opinión

En principio impresiona una TAV con asociación RP1 1 y RP mayor de 100ms sugestivo de TRAVO con aberrancia rama derecha

Intentaría CSC y ADENOSINA primero

TAV=TSV

Frec de 195 minuto

En línea rojas ondas P retrógradas posible vía accesoria

Saludos

Juan José Sirena



---

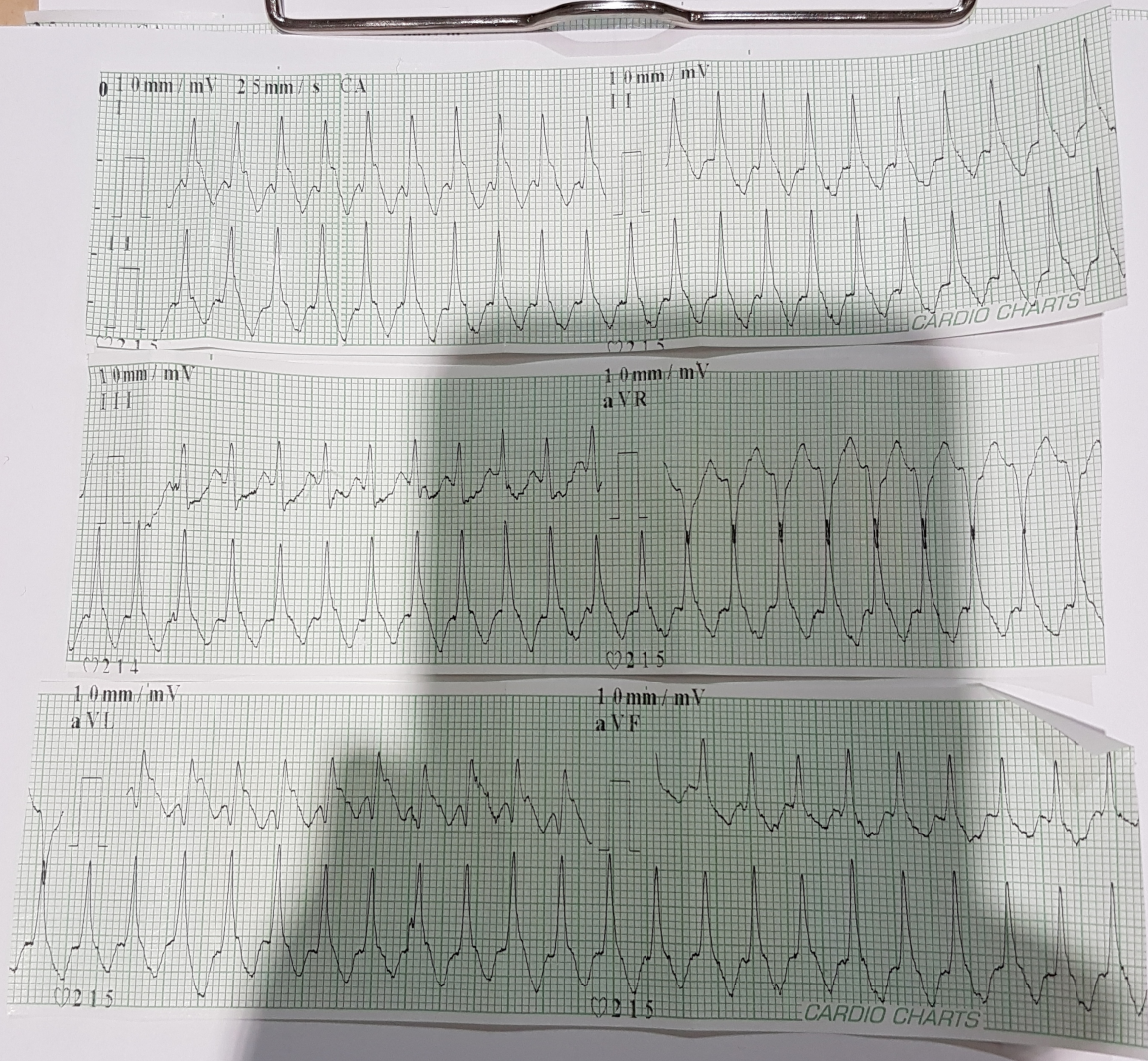
Hola Juan José

El residente de guardia le hizo adenosina no revirtió, no se abrió... repitió dosis, hizo un registro que pudo plano frontal..y procedió con CV, por descompensación.

Ver registro antes de la CV

Alfredo Cagnolagtti





Hola Dr. Cagnolatti,

Es una taquicardia ventricular. Morfología de BRD con eje hacia la derecha en el plano frontal. Se ven claramente la disociación A-V.

¿Antecedente de infarto de miocardio?

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Hola Dr. Mario

Y hay fusiones a mi entender... no sé si se alcanza a ver en el archivo... ahí va a llegar la otra parte de registro

---

Esta con TV con morfología de bloqueo de rama derecha.

Probaría con adenosina a ver si revierte.

Martín Lardone

La paciente tiene un ECG post choque s/p

Sin antecedentes coronarios

ECO NORMAL...NO HIPERT. VD NORMAL..[Antecedente de](#) HTA controladas

Se le ha diagnost. Una ELA... esta con Interferon, valsartan y amlodipina

Estuvo con fluoxetina hasta hace 15 días

Alfredo Cagnolatti

---

La Fluoxetina prolonga el QT pero ya la debería haber lavado. Aparte uno esperaría FV y no TV. ¿Cinecoronariografía? ¿EEF?

Saludos.

Roberto Nicolás Ayala Ortiz

Buenas tardes! Coincido con Mario y Martín, Impresiona TV, está disociado 1:1, tiene "r" ancha en aVR (Vereckei), Rr en V1, rS en V6, R ancha en DII (Pava) con probable origen en TSVI. Y la adenosina fue negativa, sólo revirtió con CVE.

Esperemos estudios complementarios.

Saludos cordiales.

Juan Carlos Manzardo

---

Estimado colega: con todo respeto este es un comentario no apenas dirigido a usted. A pesar que es importante el análisis del evento taquarrítmico es mucho más no omitir os datos del interrogatorio y del examen físico. Este proceder enriquece el debate y da un buen ejemplo a los menos expedientes que posiblemente sean la mayoría.

Les pido a todos encarecidamente que envíen los trazados siempre con una pequeña historia.

Abrazo a todos

Andres R. Pérez Riera



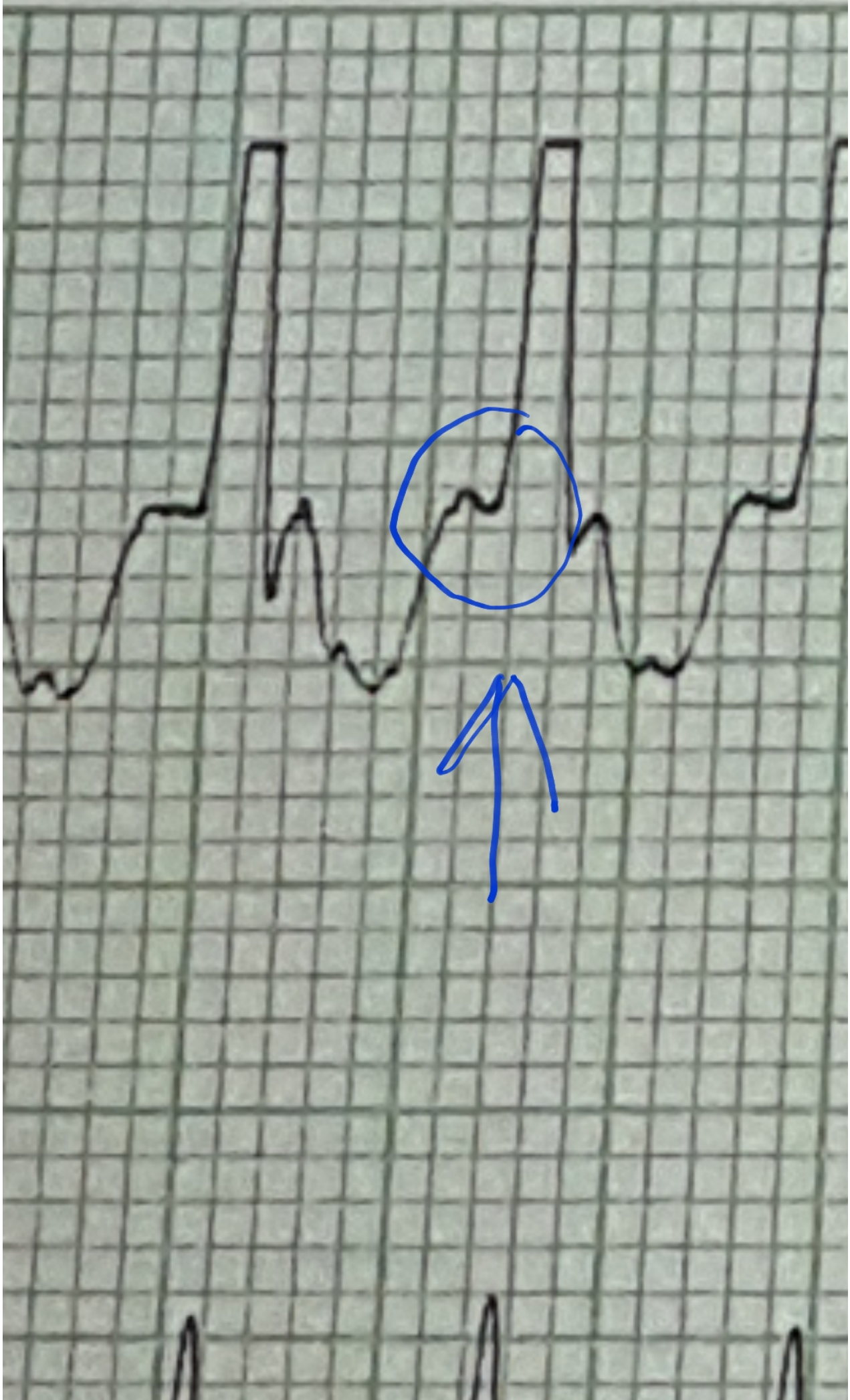
Hola Dr Andres

He enviado antecedentes de la paciente.. solo que un poco desordenado.. recién le agarré la mano al sistema.. aprovecho y le envío antecedentes

Paciente 58 años con HTA medicada, controlada con valsartan, amlodipina. Se le diagnosticó ELA. Medicada con interferon. Hasta hace 15 días medicada con fluoxetina. Exámenes cardiológicos periódicos normales. Ecocardiograma Doppler normal. No otros antecedentes. Ingresa por guardia con malestar y ese electro.

Adjunto trazado que muestra una fusión

Alfredo Cagnolatti



Creo que para responder si es una fusión necesitamos más complejos.

Mariana Valentino

---

Una fusión, como la palabra lo indica, es una unión o mezcla entre dos complejos QRS en este caso. En TV es la fusión entre un latido sinusal y uno de la TV.

El latido que muestra es igual a los demás.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Un termino bastante empleado tanto en Brasil cuanto en USA para el latido de fusión es latido **híbrido** ("hybrid beat") el cual es definido como aquel latido de morfología intermedia entre el puro latido sinusal y el puro latido ectópico.

Un ejemplo de latido híbrido es el encontrado en la pre-excitación ventricular donde la parte inicial lenta de activación ventricular se processa lentamente por la via anómala en paralelo "anomalous pathway" (onda delta) que corresponde a la activación ventricular inicial fuera del sistema de conducción AV-His el cual despolarizará el resto de los ventrículos dando un complejo QRS de fusión o híbrido. Junto con los latidos de captura señalan la presencia de disociación atrioventricular.

Al inicio de una taquicardia compleja con QRS ancho, a veces se producen latidos con morfologías intermedias entre los ritmos normalmente conducidos y el de la taquicardia compleja con QRS ancho. Los latidos intermedios podrían corresponder a un latido fusión verdadero; Sin embargo, se ha informado que la aberración progresiva imita el verdadero latido de fusión. Para evaluar la incidencia de aberrancia progresiva, se recogieron trazados de TV complejas en las que se observó un latido intermedio al comienzo del evento. Cuando los hallazgos electrocardiográficos asociados fueron diagnosticados como taquicardia supraventricular con aberrancia (TSV-A), el latido se identificó como aberrancia progresiva. Cuando se diagnosticó TV, el latido intermedio era una verdadera fusión.

Los criterios electrocardiográficos fueron identificados por Greenstein y col (1).a partir de una cohorte para identificar las características distintivas entre aberrancia progresiva y fusión verdadera.

De 24 episodios de taquicardia compleja con QRS ancho, (71% de todos los casos) fueron identificados siendo verdadera fusión y 7 (29%) como aberrancia progresiva. La duración de los complejos QRS de los latidos de la taquicardia compleja de QRS ancho y complejos intermediarios fue menor en la aberración progresiva que con la fusión verdadera. Además, en la aberrancia progresiva, el intervalo PR del latido intermedio fue siempre mayor que el intervalo PR del ritmo normalmente conducido. En contraste, en la fusión verdadera, el intervalo PR del latido intermedio fue siempre menor que el intervalo PR del ritmo normalmente conducido. En 4 de 7 casos de aberración progresiva y en 0 de 17 casos de verdadera fusión, se encontraron múltiples latidos intermedios. En conclusión, la fusión verdadera es la causa más común de latidos intermedios, pero la aberrancia progresiva ocurre en una proporción no despreciable (29% del total). Estos criterios identificados serán útiles para diferenciar la TV con latidos de fusión de T-SV con aberrancia en las taquicardias de complejos con QRS ancho.

1. Greenstein E, Goldberger JJ. Implications of progressive aberrancy versus true fusion for diagnosis of wide complex tachycardia. Am J Cardiol. 2011 Jul 1;108(1):52-5.

Andrés R. Pérez Riera



Estimados Colegas: caso muy interesante. Me impresiona una TV con morfología Rr' en V1 con eje inferior, originada en la base del VI, con eje desviado a derecha. ¿Se sabe FEVI o trastornos sectoriales?. El QRS en taquicardia llega a los 140 mseg en derivaciones anteriores. Interesaría el ECG en RS para ver si es normal o tiene cicatriz o fragmentación del QRS y evaluar cardiopatía estructural por la implicancia terapéutica. ¿Podría tratarse de una TV fascicular anterior?

Desde ya muchas gracias por sus comentarios

**Álvaro Rivara**

---

Paciente de sexo femenino con TV origen probable en VI...se cardiovirtió hizo estando internada dos episodios que necesitaron CV.. el plan a seguir fue CCG...RNM con realce ...CDI ...EEF ...Hoy se le realizó CCG con lesión de tronco...

¿Cuáles son los pasos a seguir..cuál es su conducta...?

Alfredo Cagnolatti

Caro amigo Dr. Alfredo

Non me tome por malo mas es bueno que con los datos de la historia clinica organizados sea de igual modo enviados los datos de laboratorio, imagenes, etc.

Gracias

Adail Paixao Almeida

---

Estimado Dr Almeida

Es una paciente portadora de una ELA... Sus estudios cardiológicos según su cardiólogo fueron normales ECG ECOCARDIO HOLTER Y ERGOMETRIA

Esto es de hace dos años...Su Ergometría de ese tiempo fue insuficiente al 75% sin medicación ni síntomas ....

No tiene antecedentes hereditarios praa enfermedades coronaria. No dislipémica..no tiroideos...

Antecedentes factores de riesgo fumadora una etiqueta día...lo demás de lo que pudimos examinar no es de relevancia..

Mi pregunta va dirigida a cómo continuar ..

1 ¿debe ser intervenida por su severa lesión de tronco..... y luego como actuamos..considermos esos episodios de TV por su enfermedad coronaria?

Los episodios de TV fueron en reposo.

¿Debo pensar que hasta su recuperación post quirúrgica nada puedo hacer...pero me daría tranquilidad un CDI ..y continuar con los estudios..

Alfredo Cagnolatti

A mi parecer tendria que resolverse la isquemia del pte con la respectiba CRM y luego evaluar .....se supone que el paciente estaba virgen de cualquier tratameinto con lo cual al instaurar el mismo y resolber la isquemia el riesgo del paciente en cuanto a la arritmia tendria que ser mucho menor

Saludos

Emiliano Rodriguez Solana