

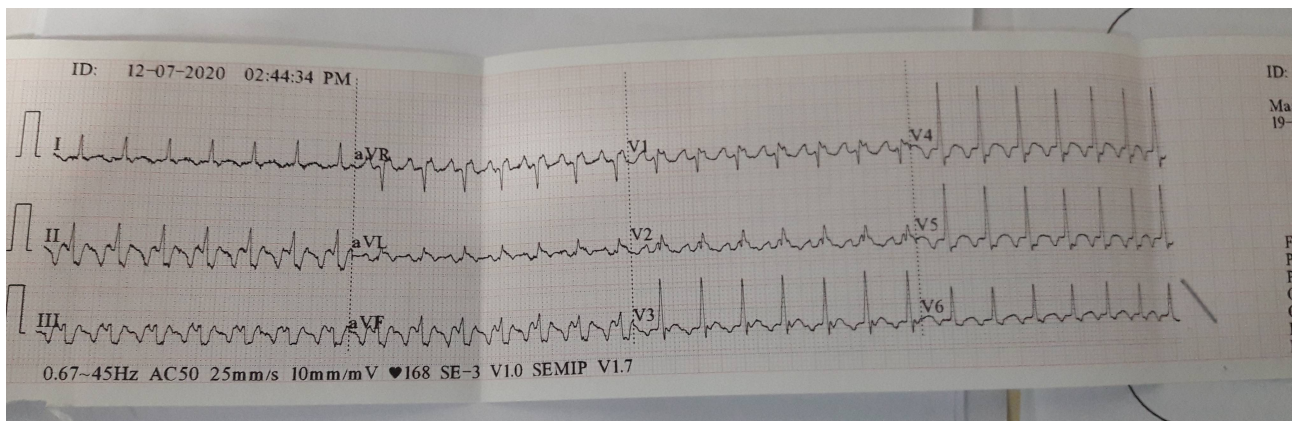
Paciente masculino de 58 años cursando neumonía por Covid 19 que presenta arritmia supraventricular – 2020

Dra. Marita Jiménez

Paciente masculino de 58 años con diagnóstico actual de neumonía por Covid 19 que manifiesta palpitaciones.

Según referencias de un familiar desde hace dos años es portador de una arritmia cardíaca sin tratamiento.

Marita Jiménez



OPINIONES DE COLEGAS

Buen día!

Taquicardia regular QRS angosto 166 lpm. Tenía antecedentes de arritmia previo a Covid19.

Pienso en:

1) TA 2:1 (fenómeno de Bix)

2) AA 2:1

Esperemos opiniones de los Maestros del Foro.

Atte

Juan Carlos Manzardo

Estimado Juan: Pienso que se trata de la forma poco común de taquicardia de reentrada o reentrante en el nódulo AV (inglés AVNRT) rápido-lento, la cual representa el 10% de las AVNRT. Está asociada con una vía nodal AV rápida para la conducción anterógrada y una vía nodal AV lenta para conducción retrógrada.

Fundamento del presente caso: Las ondas P retrógradas aparecen después del QRS correspondiente y son visibles entre el QRS y la T: complejos QRS -P-T. Lo mismo ocurre nítidamente en la pared inferior II, III y aVF.

Si fuera la forma común AVNRT lento-rápido (AVNRT común) la cual representa el 80-90% de las AVNRT, asociado con vía nodal AV lenta para conducción anterógrada y vía nodal AV rápida para conducción retrógrada. La onda P retrógrada se oscurece en el QRS correspondiente u ocurre al final del complejo QRS como ondas pseudo r' o S. Las ondas P a menudo están ocultas, incrustadas en los complejos QRS, pseudo r' wave puede verse en V1 o se pueden ver ondas pseudo S en las derivaciones II, III o aVF. En la

mayoría de los casos, esto da como resultado una apariencia SVT "típica" con ausencia de ondas P y taquicardia

La onda P se vería como una onda pseudo-R' en la derivación V1 durante la taquicardia. Por el contrario, la onda pseudo-R no se ve durante el ritmo sinusal Este tiempo ventriculo-atrial muy corto se ve con frecuencia en la taquicardia reentrante nodal atrioventricular lenta-rápida típica o común.

Andrés R. Pérez Riera

Mi opinión

Aleteo auricular Típico con rotación antihoraria istmo cavo tricuspídeo dependiente con bloqueo AV 2 /1

Alteraciones ST por aumento consumo

De no revertir puede generar disfunción ventricular.

Evaluar bloqueo del ISTMO

Saludos cordiales

Juan José Sirena

Queridos amigos

¡Coincido con Sirena!

Me impresiona AA 2:1. Hubiera sido interesante y útil contar con un MSC

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Sí! entiendo que el diagnóstico correcto es el de Juan José.

Me interesaría conocer si padece COVID si tiene algún factor de riesgo para TVP (Obesidad), y si se encontraba recibiendo profilaxis para la misma.

¿Cuál es su situación actual en la infección por COVID (estado clínico)?

En el contexto de la infección un AA 2.1 y trastorno de la conducción debería descartarse TEP por el estado procoagulante de la infección.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

También ayudaría un registro intraesofágico, si se pudiera realizar en contexto de que cursa neumonía por covid

Juan Carlos Manzardo

Hola a todos:

Creo que la frecuencia auricular, que está en 300x minuto, me orienta a que se trata de un flutter auricular 2: 1.

Gracias a Juan Carlos, que recién me desburró en algunas cuestiones sobre este interesante ECG.

Sería muy interesante conocer más datos clínicos.

¿Hay cardiopatía estructural previa, por ejemplo?

Abrazos, besos,

Mario Heñin

Yo creo que, además de lo apuntado por los colegas, tiene supra ST en cara inferior y AVL.

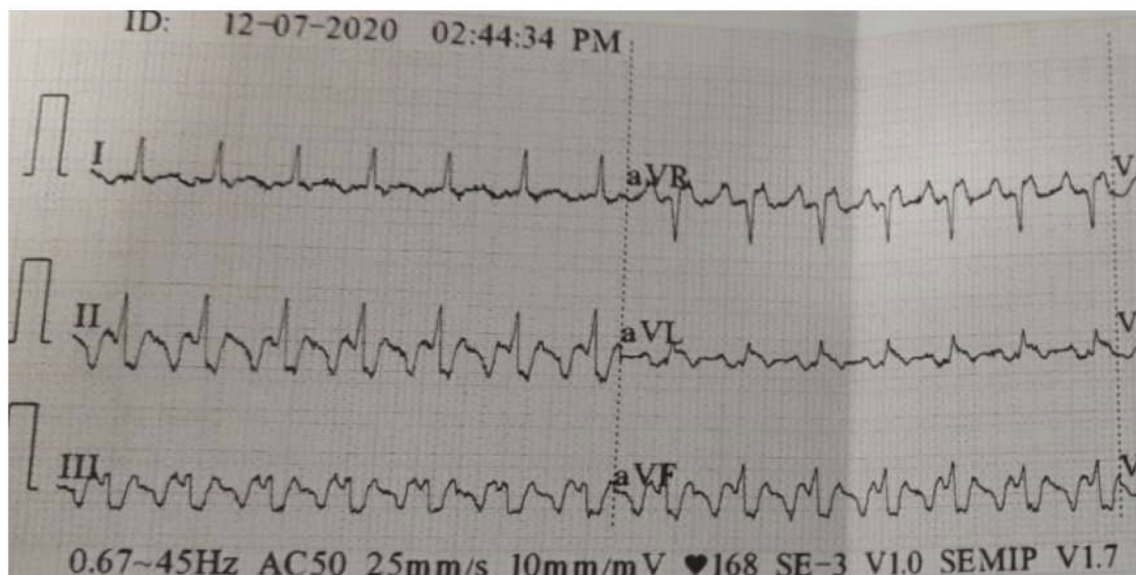
Saludos.

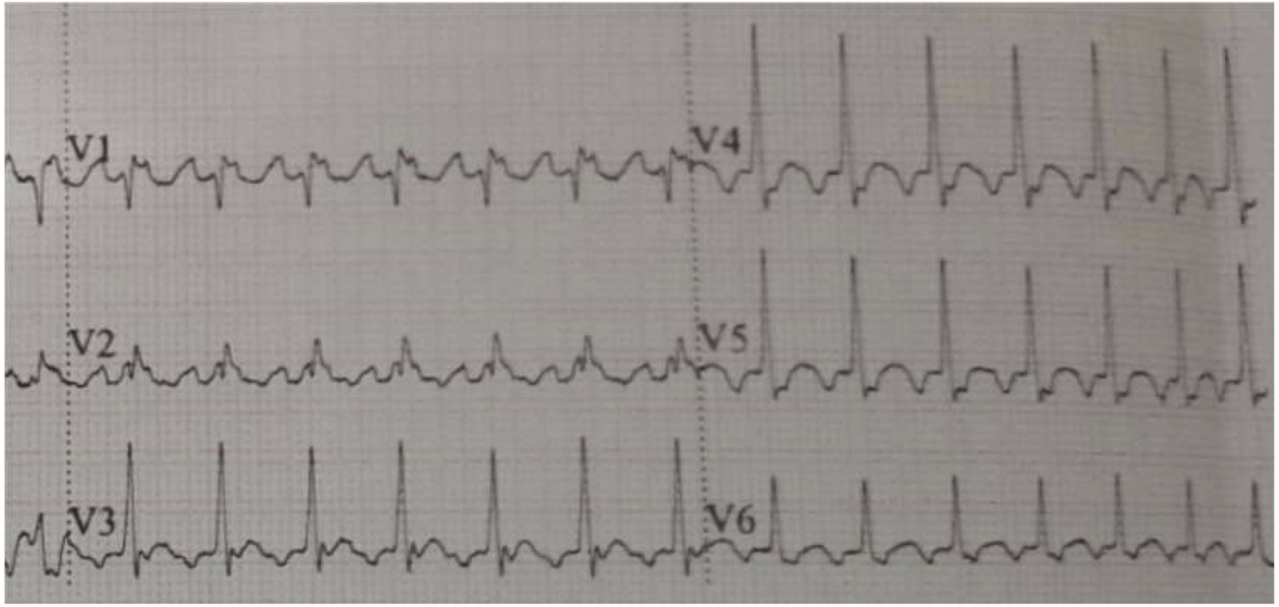
Luciano Pereira

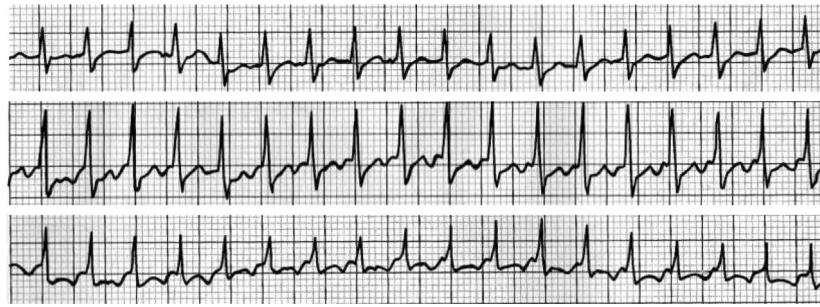
Estimados colegas: ayer envíe comentarios adicionales sobre el caso de Juan y no lo vi aparecer. Puede ser que ustedes tengan recibido Por las dudas estoy enviando de nuevo, en adjunto para que acompañen cual fue mi raciocinio inicial, No obstante pienso que lo más probable es que sea mismo un aleteo 2:1 por ser esta una taquicardia auricular regular (~ 200 lpm) con conducción AV 2: 1 parece un aleteo auricular lento debido a que su eje del plano frontal es de aproximadamente -90 grados ya que la polaridad de las ondas F es negativa en las derivaciones inferiores (rotación en sentido antihorario) y en V1 La velocidad de aleteo lenta puede estar relacionada con una enfermedad cardíaca subyacente como complicaciones de su enfermedad sistémica (Covid-19). No obstante, a pesar de menos probable mi hipótesis inicial no puede ser descartada sin un estudio electrofisiológico La explicación está en el adjunto.

Dear Friends: Patient with COVID. He had a history of arrhythmia before getting COVID-19. What is your opinion about this ECG? Score: Andrés 1, Forum colleagues 5. I lost rout but I don't give up. The rationale is explained in the following 6 slides.

Thanks
Andres,







AV nodal reentrant tachycardia (AVNRT) – The retrograde P-wave may come just before, during, or after the QRS, depending on the relative speed of conduction back into the atria and forward into the ventricles. The rate will be fast, in the range of 150-250. Because nodal rhythm, anything that depresses AV nodal conduction will turn off the reentry circuit and stop the tachycardia. Vagal stimulation, adenosine, digitalis, calcium blockers, beta blockers, and quinidine are all effective. It is logical to try vagal stimulation first by carotid sinus massage, the diving reflex, or Valsalva maneuver. Adenosine is the next step between the vagal stimulation and adenosine, you can terminate more than 90% of these tachycardias. Remember these interventions stop the arrhythmia abruptly and completely. If the rate slows and then speeds again you are not dealing with AVNRT.

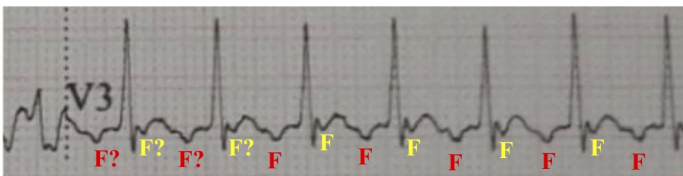
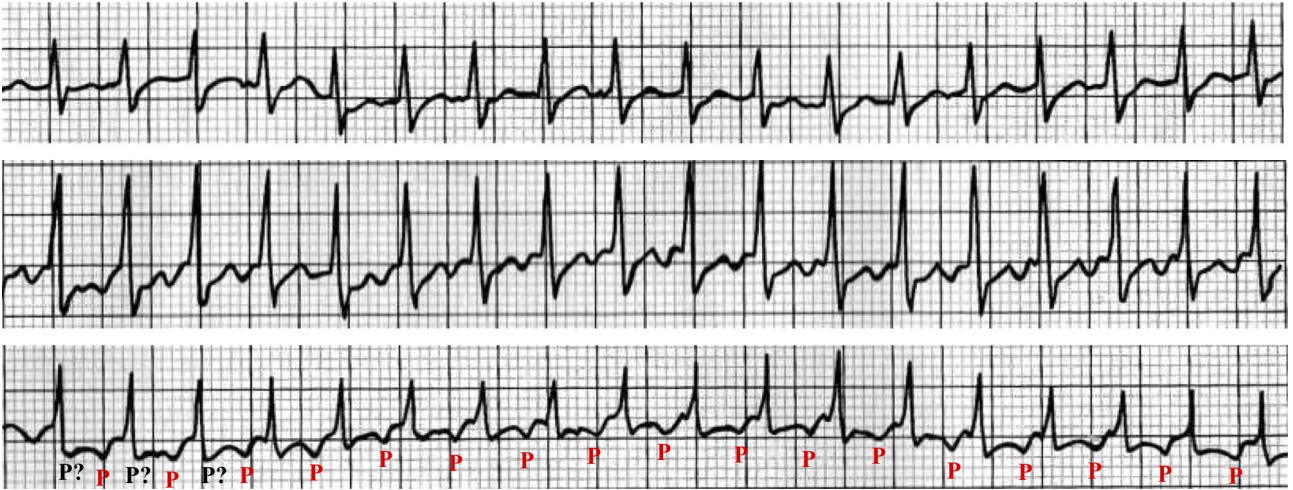
Taquicardia reentrante nodal AV (AVNRT): la onda P retrógrada puede aparecer justo antes, durante o después del QRS, dependiendo de la velocidad relativa de conducción hacia las aurículas y hacia los ventrículos. La tasa será rápida, en el rango de 150-250. Debido al ritmo nodal, cualquier cosa que deprima la conducción del nodo AV apagará el circuito de reentrada y detendrá la taquicardia. La estimulación vagal, adenosina, digital, bloqueadores de calcio, betabloqueantes y quinidina son todos efectivos. Es lógico probar primero la estimulación vagal mediante el masaje del seno carotídeo, el reflejo de buceo o la maniobra de Valsalva. La adenosina es el siguiente paso entre la estimulación vagal y la adenosina, puede terminar más del 90% de estas taquicardias. Recuerde que estas intervenciones detienen la arritmia abruptamente y por completo. Si la velocidad disminuye y luego se acelera nuevamente, no está tratando con AVNRT.

Differential diagnosis of AVNRT (number 6)

In the absence of aberrant ventricular conduction or a preexisting intraventricular conduction defect, the AVNRT is diagnosed by excluding the following types of supraventricular narrow QRS tachycardias with regular rhythm (or near regular):

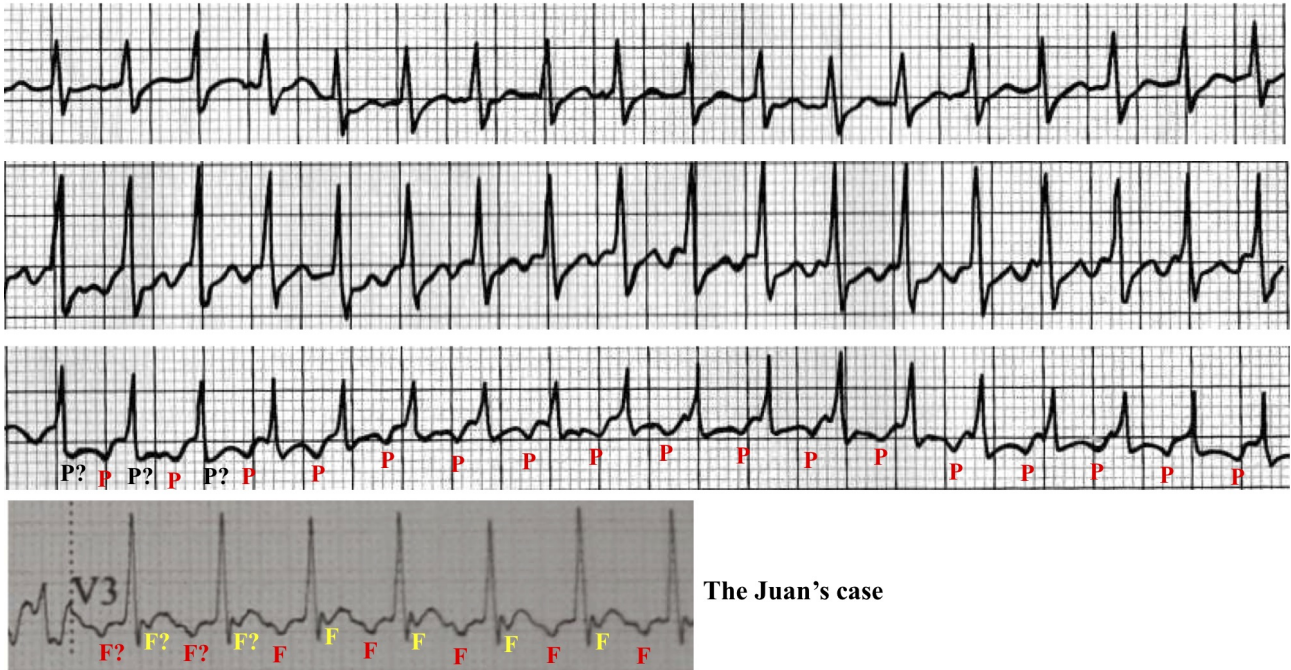
1. Sinus tachycardia and SA nodal reentry tachycardia.
2. Ectopic atrial tachycardia
3. Intraatrial reentry tachycardia with 2:1 conduction: this is the predominant hypothesis. This very regular atrial tachycardia (~200 bpm) with 2:1 AV conduction looks like a slow atrial flutter because of its frontal plane axis is approximately -90 degrees and the morphology of the flutter waves in the inferior leads (counterclockwise rotation) and in V1. The slow flutter rate may be related to underlying heart disease (e.g., large right atria) or complications of his systemic disease (e.g., Covid-19).
4. AV reentry atypical tachycardia with fast-slow conduction: my opinion. It is impossible a certain diagnosis without electrophysiological study. See next slide.
5. Automatic junctional tachycardia.
6. Permanent form of junctional reciprocating tachycardia.

AV reentry atypical tachycardia with fast-slow conduction – continuous V3 lead



The Juan's case

AV reentry atypical tachycardia with fast-slow conduction – continuous V3 lead



Querido Andrés

Solo aclararte que el caso en discusión **NO FUE ENVIADO POR JUANCA.**

Lo fue por **MARITA JIMENEZ** con el subject **Ekg** que sugiero mantener para facilitar las búsquedas ulteriores

A Marita le pido que nos envíe más datos sobre la evolución del paciente

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

