

Paciente masculino de 59 años que presenta taquicardia de QRS ancho – 2012

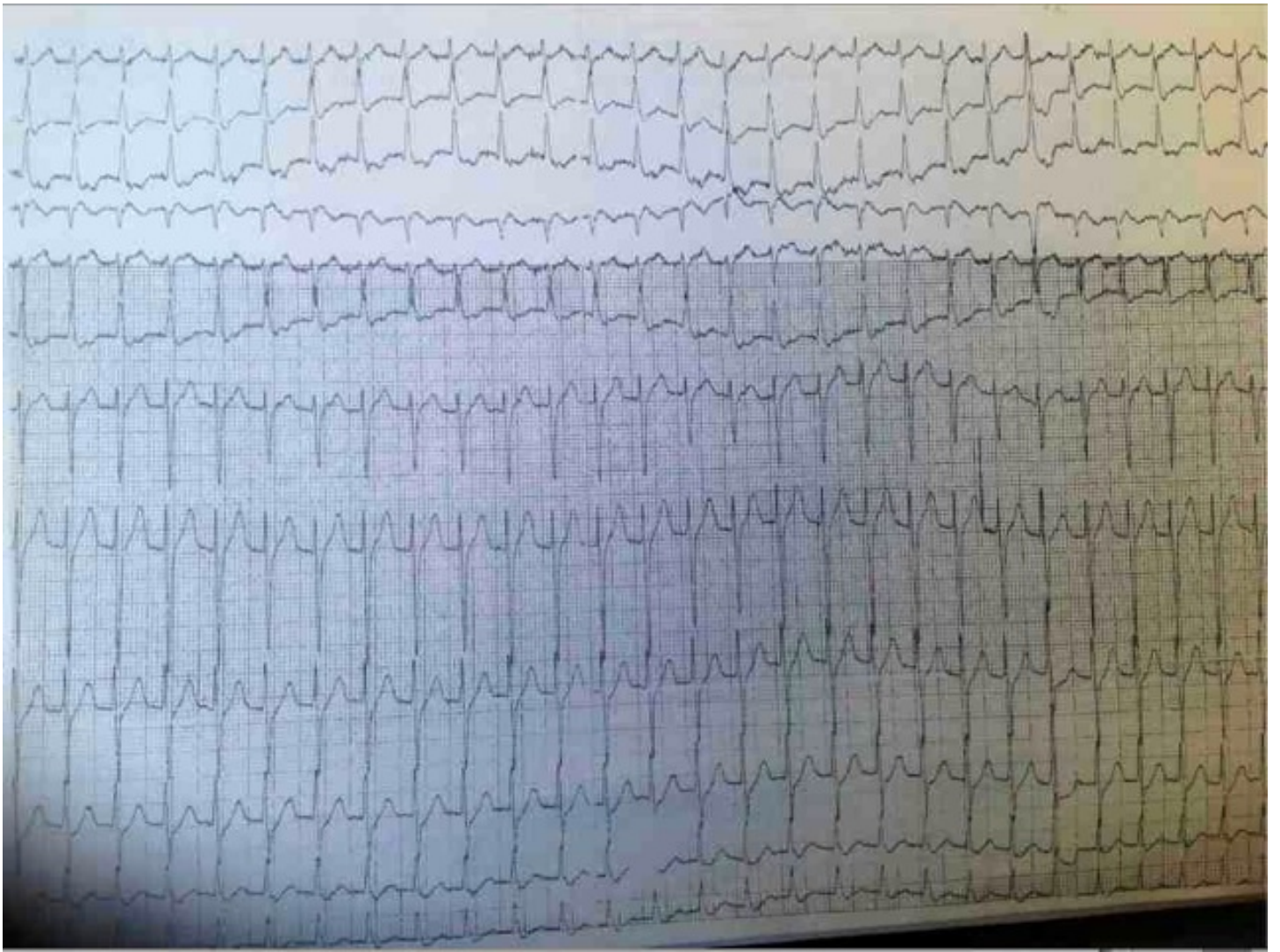
Dr. Tomás Bermúdez Izaguirre

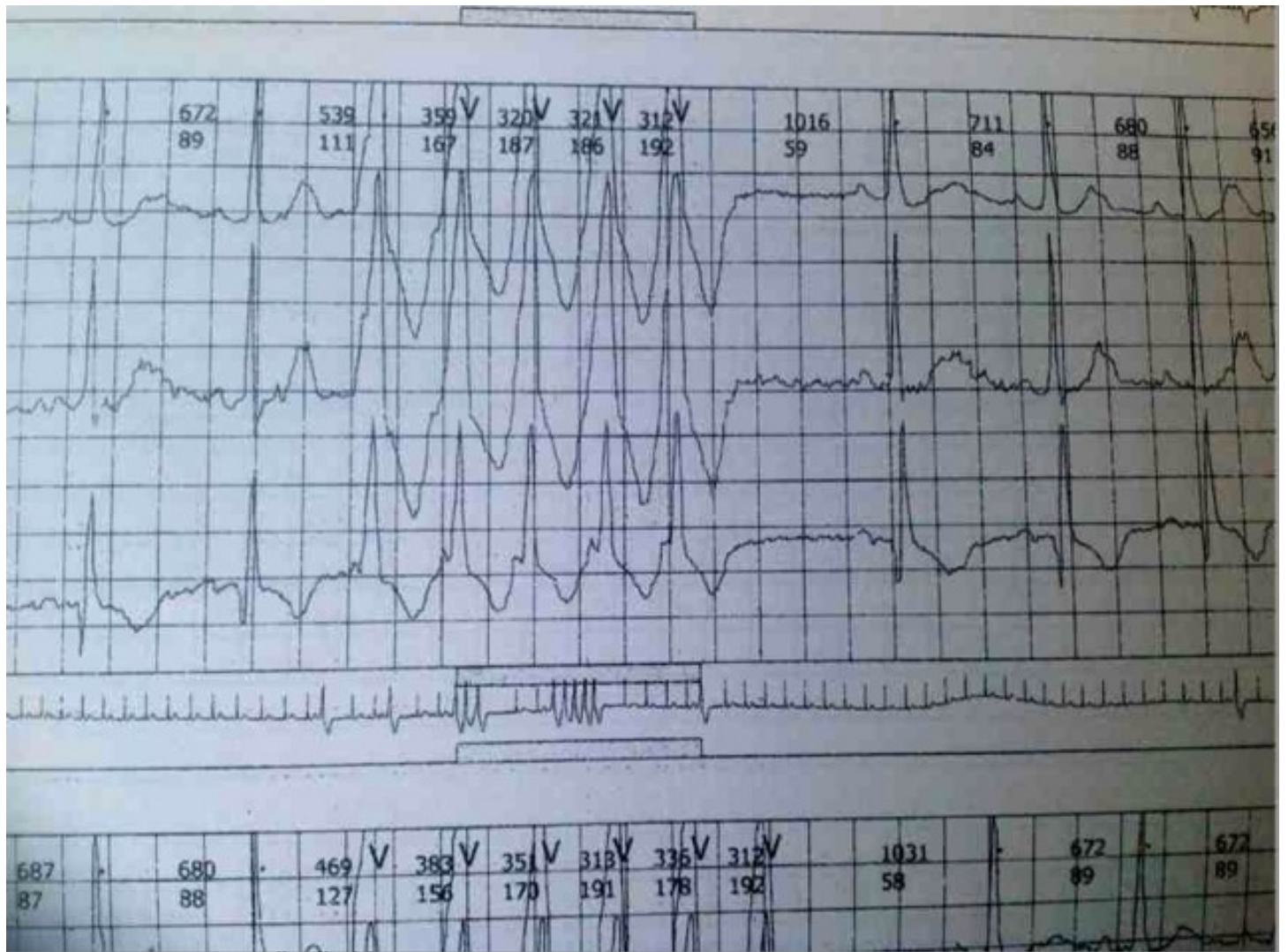
Paciente masculino de 59 años de edad, Médico Ginecólogo, no tabaquismo, no HTA, perfil lipídico en límite normales, No DM, Obesidad GI

Durante cesárea el paciente presenta palpitaciones con datos de bajo gasto (mareos, cefalea, náuseas) por lo que se toma ECG en reposo (trazo 1), posteriormente se le realiza Holter de 24h se anexa trazo 2 y 3, el paciente presenta mismos síntomas.

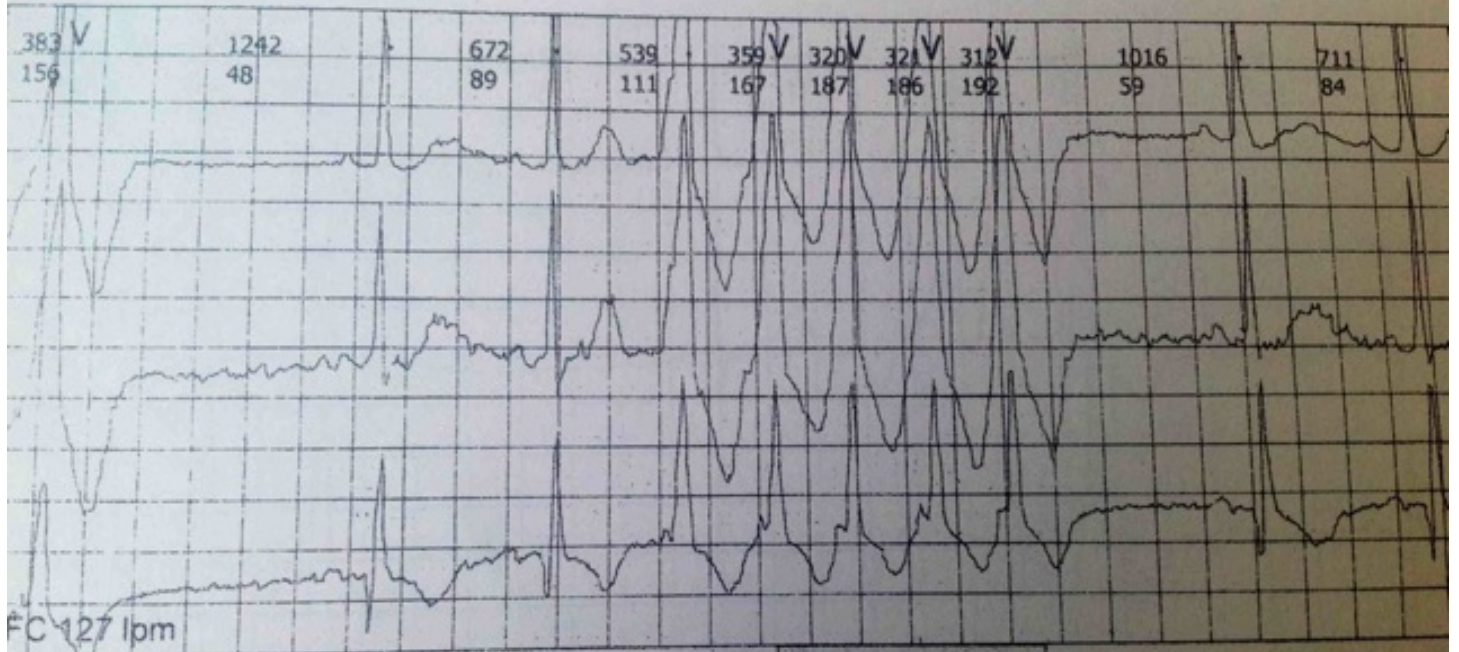
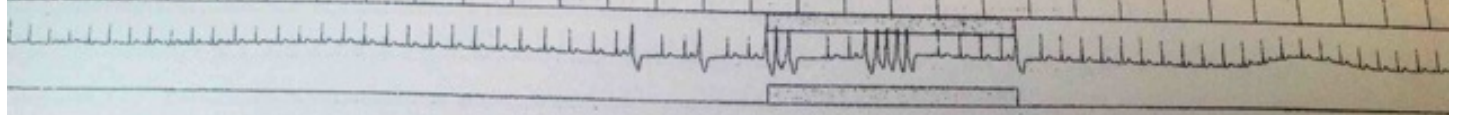
Se solicita sus valiosas opiniones. De antemano gracias

Dr. Tomas Bermudez Izaguirre

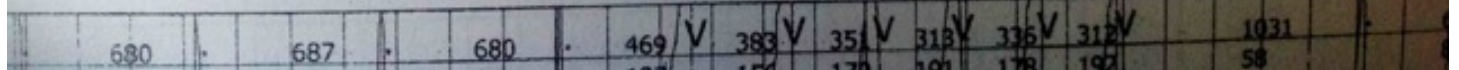
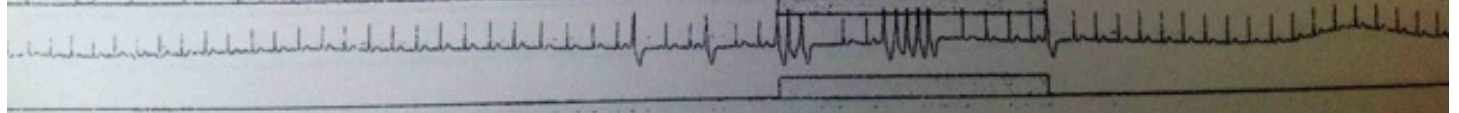




VFC 127 lpm



FC 127 lpm



OPINIONES DE COLEGAS

Con respecto al caso del Dr. Bermúdez (ginecólogo) el trazado de 12 leads es de un concealed WPW. El latido 6 desde el final hacia atrás , es un latido wolf completo anterógrado

En el Holter se ve una taquicardia atrial no sostenida con conduccion WPW anterógrado

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

¿Podrían "scanear" mejor el ECG de la tachycardia y mandar otro en ritmo sinusal por favor? No me queda muy claro el diagnóstico de vía accesoria del Dr Samuel. El Holter solo muestra PVCs.

Gracias

Dardo Ferrara

Querido amigo Dr. Dardo, en el trazado de Holter con complejos anchos se ve una onda P pegada al QRS por esto pensé en una taquicardia atrial no sostenida con WPW

Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

En el Holter no me parece WPW, concuerdo que es una TV no sostenida de 4 latidos, pero la taqui es una taquicardia supraventricular ortodrómica por vía accesoria, se observa claramente la P fuera del QRS, lo ideal es plantearle a ese paciente una ablación.

Carlos Rodríguez Artuza

Esperemos que manden los ECGs y los discutimos. recuerden 2 cosas: primero hay que medir el RP desde el comienzo teniendo en cuenta el comienzo de la onda P retrógrada

que aquí no está muy clara o se puede decir que hay pseudo S en las derivaciones inferiores y pseudo r prime en aVR muy pegada al QRS.

Segundo: si aceptamos que el RP es más de 70-80 ms, siempre hay que pensar primero en atypical AVNRT. Estoy de acuerdo con el EPS y ablación pero evitemos los diagnósticos rápidos. Espero los ECGs.

Gracias y un saludo grande.

Dardo Ferrara

Dardo si tú tienes una taquicardia supraventricular con un RP de 80 a 90ms y PR largo ¿piensas primero en una doble vía nodal atípica???

Carlos Rodríguez Artuza