

# **Mujer de 38 años que presenta taquicardias de QRS angosto desde niña – 2017**

Dr. Mario D. González

Esta mañana hicimos la ablación a esta paciente.

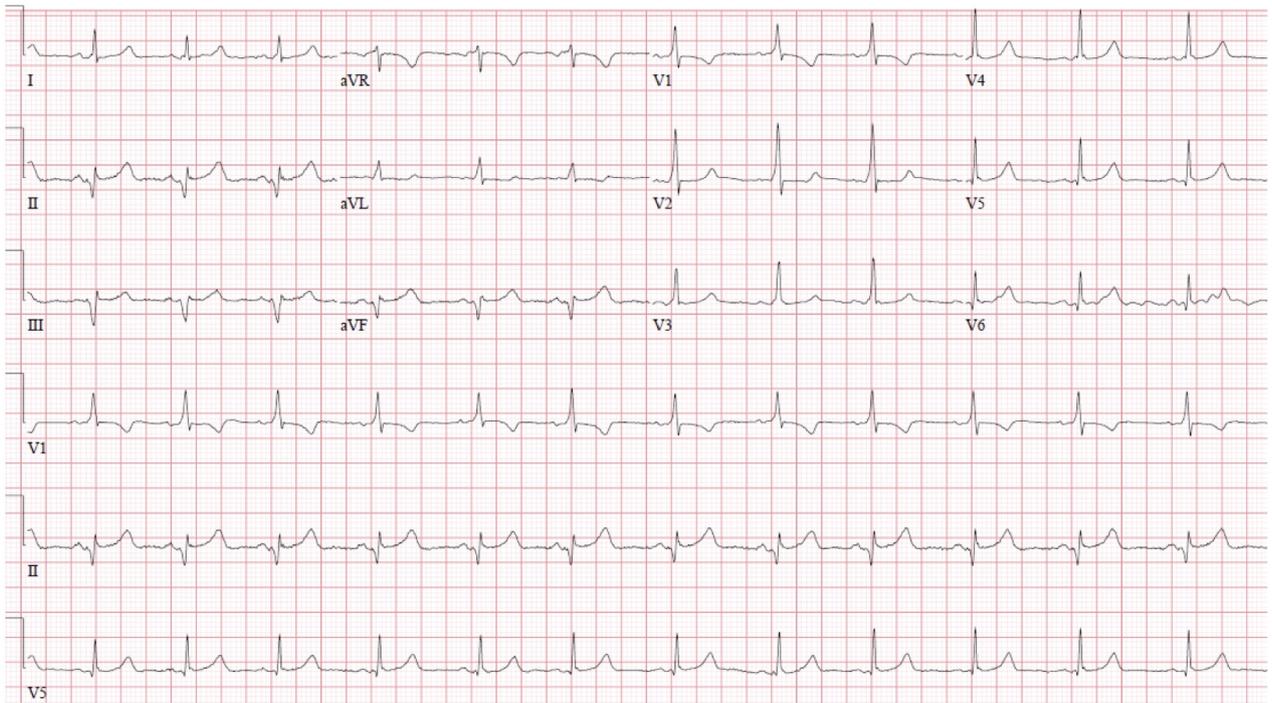
Mujer de 38 años con taquicardias de QRS angosto desde niña.

Corazón normal por ecocardiograma. Una ablación fallida previamente en otro centro.

¿Dónde creen que estaba la vía accesoria?

Saludos,

Mario D. Gonzalez



## OPINIONES DE COLEGAs

Yo veo v1 positiva y luego en DIII negativa. Diría póstero septal izquierda

Orlando Álvarez

---

Estimado Dr. Mario González, un placer saludarlo

Muy lindo ECG!

Me impresiona una vía anómala de localización **posterior** (Delta negativa en toda la cara inferior) **e izquierda** (delta positiva en V1/V2 con transición tardía... quizás en hora 6 del anillo mitral).

Espero más comentarios.

Un gusto leer siempre los casos de este Foro.

tte

Damián A. Longo

Técnico en Prácticas Cardiológicas

---

Hola,

Para mí, Inferior septal izquierda, muy probablemente dentro del sistema venoso, relacionada al manguito muscular del seno coronario.

Saludos,

Daniel Banina Aguerre

---

Hola

Aunque la via parece estar en anillo Mitral; pero...

Si Delta, impresiona positiva en DI y negativa en inferiores, estaría en anillo tricuspídeo hs 6-7 aprox. sugiriendo pósteroseptal o posterior derecha

¿Boca seno coronario?

Saludos

Juan Josçe Sirena

---

Hola

Con este grado de preexcitación yo diría que es Post-septal izquierda, pero antes de cruzar a la AI, mapearía el Seno coronario, a ver si no hay un "puch" y eventualmente tomarla desde la derecha. Por supuesto, primero vería qué pasa con el patrón del ECG al marcapasear la AD y aumentar el grado de preexcitación.

Esperemos más opiniones y luego enseñanos qué tan mal la localizamos!!!!

Gracias por compartir este caso

Adrián Baranchuk

---

Según mi brújula

La punta de la flecha indica la dirección del eje máximo de onda Delta

El dedo indica localización de la vía

Juan José Sirena

---

Hola a todos:

Ya he leído diferentes opiniones.

En cara inferior presenta una r inicial sin preexcitación. Podría no ser una conducción posterior y tratarse de una HBAi asociado a una vía con máximo grado de preexcitación en V1 y v2, Di y AVL.

Lo que no la ubicaría posterior sino en otra localización ¿como ser medioseptal derecha cercana al ostium coronario?

Un cordial saludo

Martin Ibarrola

---

Probablemente una VAcc que involucra un aneurisma del SC, o inclusive VCM. Mapear el SC, observar grado de preexcitación, si no es óptimo, abordaje izquierdo vía punción transeptal, por probable ubicación pósteroseptal izq.

Yolanda Abreu Hernández

---

Buenas noches, ¿qué opinar después de los Maestros?

Veo delta positiva en V1 (y relación R>S en la misma derivación), isodifásica en DII y negativa en DIII y aVF. Creo está en seno coronario, como ya lo dijeron.

Con sobreestimulación auricular esperaríá máxima preexcitación en V1 a diferencia de las vías pósteroseptales izquierdos endocárdicos.

Un placer como siempre aprender de Uds.

Juan Manzardo

Mendoza

---

Si mi permiten:

R con delta Positiva en VI con  $R>S$ , QS en cara inferior, me dice que se trata de una posterior izquierda o pósterolateral izquierda

Remberto Torres

---

Hola Mario. Q ancha en derivaciones inferiores. Con un procedimiento previo no exitoso, sin duda la busco en el seno coronario (divertículo, vena).

Saludos,

Roberto Keegan

---

Muchas gracias a todos los amigos y colegas por los comentarios y razonamientos.

Cuando les envió un caso, no es necesariamente porque sea difícil, sino porque nos hace pensar, que es lo más divertido de la electrofisiología.

Pronto les enviare los trazados, pero la vía accesoria estaba ubicada en la hora 4 del anillo mitral, vista desde la oblicua anterior izquierda.

Usando la vía transseptal, con una sola aplicación de radiofrecuencia se eliminó la conducción por esta vía accesoria.

La verdad es que basado en el ECG, mi predicción fue que la vía accesoria tuviera una localización más medial como en hora 6.

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Buenas tardes!

Muchas gracias Dr Mario González por su caso y enseñanzas.

Lo saludo respetuosamente

Juan Manzardo

---

Las vías izquierdas frecuentemente son oblicuas. Al ablacionar desde la aurícula izquierda estamos tomando la vía en su inserción auricular. La inserción ventricular puede estar distante y dar una preexcitación diferente a la pensada. Esto sucede con bastante frecuencia con las vías posteriores izquierdas.

Alfredo del Río

Mi pregunta es al Dr Del Rio: ¿qué localización de las vías izquierdas son oblicuas? ¿cuáles son las más frecuentes?, yo trate de ubicar la vía accesoria por el Dr Brugada y ahora no se si estoy preguntando bien, me reconforta haber sido (creo) el primero en contestar y que el Dr Baranchuk dijo lo mismo ¡bravo!,

Orlando Álvarez

---

Tenés razón Alfredo. La mayoría de las vías accesorias son oblicuas aún las que están en otros sitios. En las laterales izquierdas la Inserción ventricular se ubica más inferior y medial en relación a la inserción auricular. En este caso ubicamos el electrodo de ablación en la inserción ventricular porque mapeamos en forma anterógrada.

Saludos,

Mario D González

---

Al ser oblicuas las vías accesorias, cuando mapeamos durante taquicardia ortodrómica estamos ubicando la inserción auricular del haz accesorio. Cuando lo hacemos en ritmo

sinusal con preexcitación ventricular localizamos la inserción ventricular. Como dice Mario muchas veces la inserción ventricular suele ser más medial. Esto es importante tenerlo presente cuando realizamos un abordaje transeptal y queremos ablacionar desde la aurícula. En estos casos debemos mapear la conducción retrógrada, o sea en taquicardia o durante marcapaseo ventricular rápido. Otro punto interesante, dada la oblicuidad de las vías es si debemos marcapasear desde el apex del VD o desde el VI al buscar la inserción auricular de un haz izquierdo.

Alfredo del Río

---

Aunque aprendo electrofisiología todos los días con los que más saben como Mario, Sergio, Sami y muchos otros referentes que participan en este foro, considero que una de las enseñanzas más importantes de esta simple vía endocárdica izquierda con un procedimiento previo no exitoso se refiere a la estrategia en el nuevo procedimiento: comenzar siempre como si fuese el primero, y no condicionado por el resultado del anterior. En este caso, es difícil imaginar las razones por las que un operador experimentado no pudo localizar una vía endocárdica en hora 4 del anillo mitral en un primer procedimiento. Al menos eso es lo que siempre me pregunto. Por eso me gustaría saber, si además esta vía no tenía alguna particularidad como el trayecto oblicuo que planteo Alfredo, lo que hace que el target del mapeo pueda ser diferente como por ej. solo potencial de vía accesoria y no precocidad ventricular.

Saludos,

Roberto Keegan

Muy interesante esta discusión.

Dos puntos a aclarar. Tanto por vía transeptal como retrógrada, prefiero hacer la ablación del lado ventricular con un V mucho más grande que el A.

Marcapasear desde el ápex del VD no ayuda en nada cuando se trata de vías accesorias porque la conducción puede ir retrógradamente tanto por el nódulo A-V y por la vía accesoria y ubicar el A más temprano lejos de la vía. Esto en mi opinión es una de las razones más frecuentes de falla de la ablación o resultar en bloqueo A-V al ablacionar el nódulo A-V en lugar de una vía cercana al His. Por lo tanto marcapaseo lo más cerca de la vía (VI en izquierdas si es posible), o de lo contrario póstero-septal (ífero-paraseptal con la nueva nomenclatura) o desde el tracto de salida del VD. Evitar el ápex del VD!!!!

Saludos,

Mario D González

---

Hola Mario.

Efectivamente, por los algoritmos el eCG sugiere una vía posterior izquierda, más para posterolateral que para posteroseptal.

Y "pósterolateral" corresponde a tu hora 4 del anillo mitral, ¿correcto? Me la imagina a una mujer ¿mas bien longilínea? ¿Puede ser? ¿Que explique un vector de onda delta tan negativo en cara inferior?

Ahora te pregunto: ¿por qué por vía transeptal, buscar la inserción ventricular? Habitualmente cuando mapeo preexcitación lo hago desde el lado ventricular y cuando mapeo vías accesorias ocultas, desde el lado auricular. Pero seguro tú tienes una buena razón para hacerlo!. ¿Cuál era?

Muy cordialmente te saludo

Jose Luis Serra

Hola Jose Luis,

Uso la vía transeptal casi exclusivamente para cualquier procedimiento que requiera acceso a la AI o el VI. Evito ir por via retrógrada para no lesionar la válvula aórtica o en pacientes vasculares liberar placas de ateroma en la aorta.

Una vez que hago el acceso transeptal, puedo ir más al lado ventricular o auricular del anillo sin problemas. Prefiero un V mucho más grande que el A tanto para conducción anterógrada como retrógrada. Me siento más seguro estando del lado ventricular en caso que tenga un "pop".

Saludos,

Mario D. Gonzalez

---

Mario, pero al buscar desde aurícula izquierda una electrograma de V grande, ¿estarías emitiendo radiofrecuencia SOBRE la valva mitral? Al menos que coloques el electrodo de radiofrecuencia en posición submitral? , que la verdad no me imagino cómo hacerlo! Y si lo haces sobre la valva, al fin y al cabo, lesionas una válvula?!

Y vuelvo a preguntarte sobre la configuración de la pte, ¿longilínea?

José Luis Serra

José Luis,

No, la paciente era más bien obesa.

Usamos catéteres de irrigación externa con lo cual la lesión es más profunda y no donde el electrodo toca la superficie.

Mario D González

---

Pero algo quema! Entiendo que si bien se va ensanchando algo hacia la profundidad, quema también las partes más superficiales. Sino por ejemplo nunca obtendríamos un bloqueo del istmo cavo tricuspídeo, donde utilizamos los mismos catéteres y el objetivo está cumplido cuando se coaguló todo el espesor del musculo, desde endocardio a epicardio.

José Luis Serra

Cuando haces la ablación de una vía accesoria en forma retrograde y colocas el electrodo debajo de la valva, es aún peor porque hay menos flujo sanguíneo y seguís estando en contacto con la valva. En todas las ablaciones se quema mucho. Es cuestión de minimizar el daño colateral.

Saludos,

Mario D. González

---

Es cierto, aunque uno tiene la "idea" de que no estás totalmente contra la unión de la valva al anillo, sino en algún punto más distal, sobre el miocardio ventricular, y que la valva va y viene. Y pensando en la forma de hacerle el menor potencial daño a la valva mitral, uno debería entonces ablacionar sobre la pared auricular, buscando la inserción auricular de la vía accesoria, aunque siempre debiendo pasar por la punción transeptal, cuyo % de potencial complicación no es 0%.

En fin, cada uno tiene su rutina, proveniente de su sitio de formación, de los pocos o muchos límites de tecnología y de la experiencia de cómo te va bien.

Abrazo Mario y Felices Pascuas a todos los miembros del Foro!

Jose Luis Serra

