

Paciente femenina 40 años con palpitaciones recurrentes – 2016

Dr. Adrián Baranchuk

Queridos amigos:

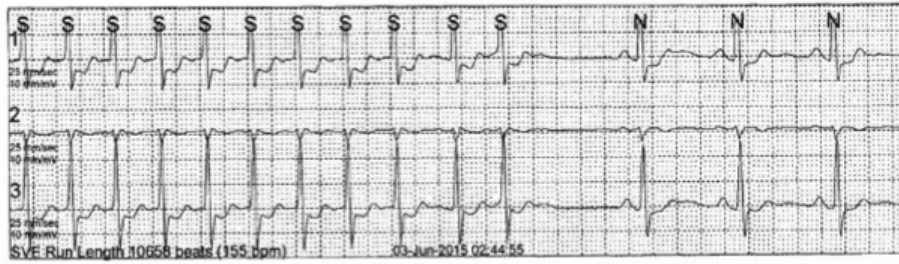
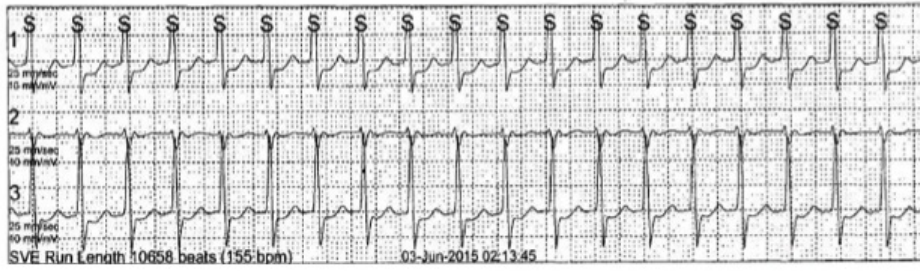
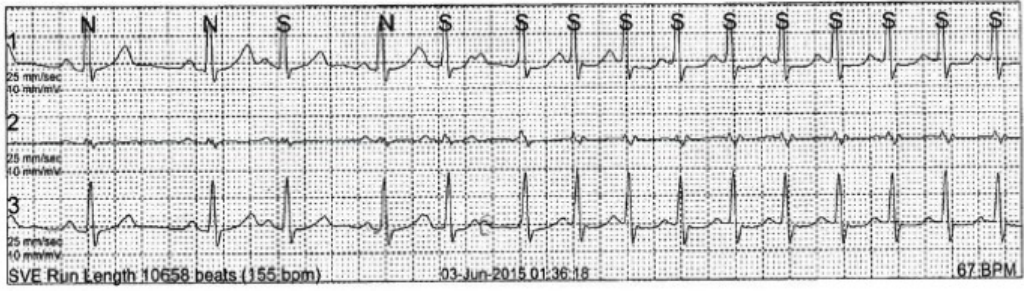
Este caso es enviado por Adrián Baranchuk, que nos pide la interpretación de cada diapo, una por una

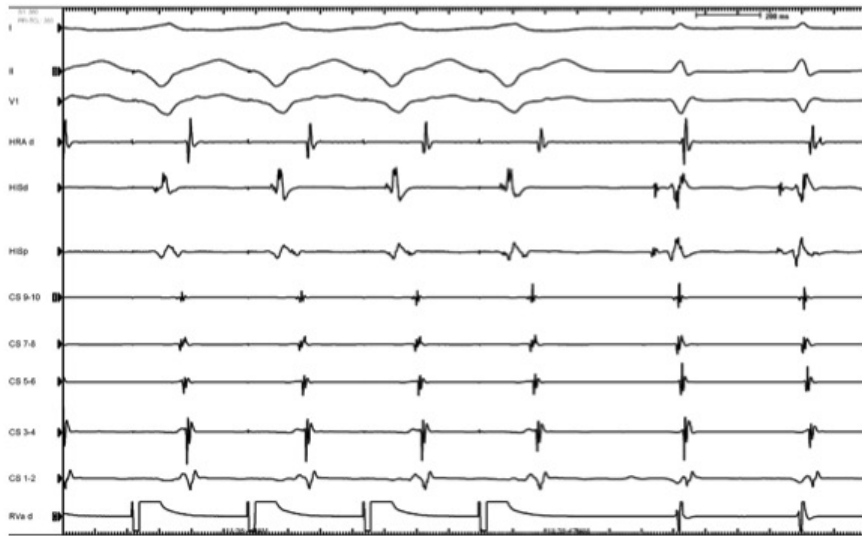
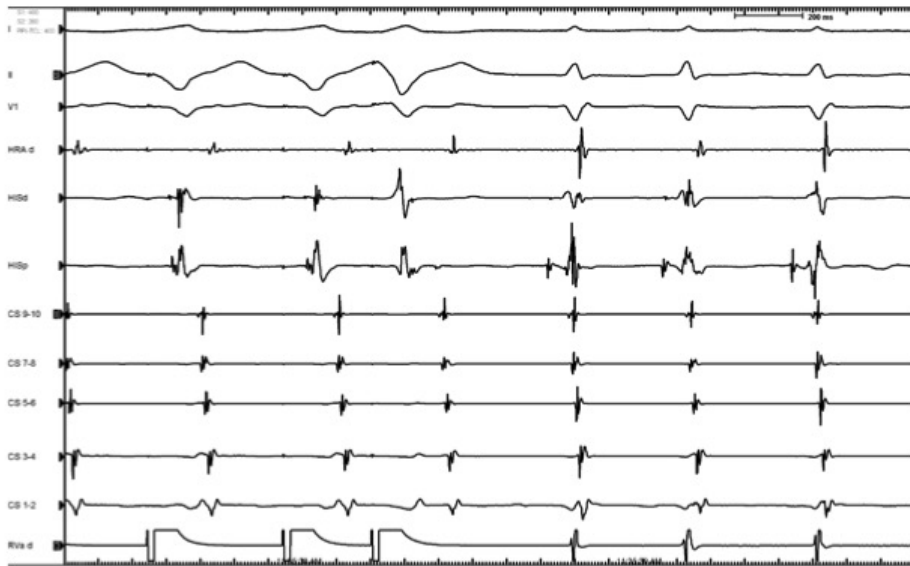
Un abrazo

Edgardo Schapachnik

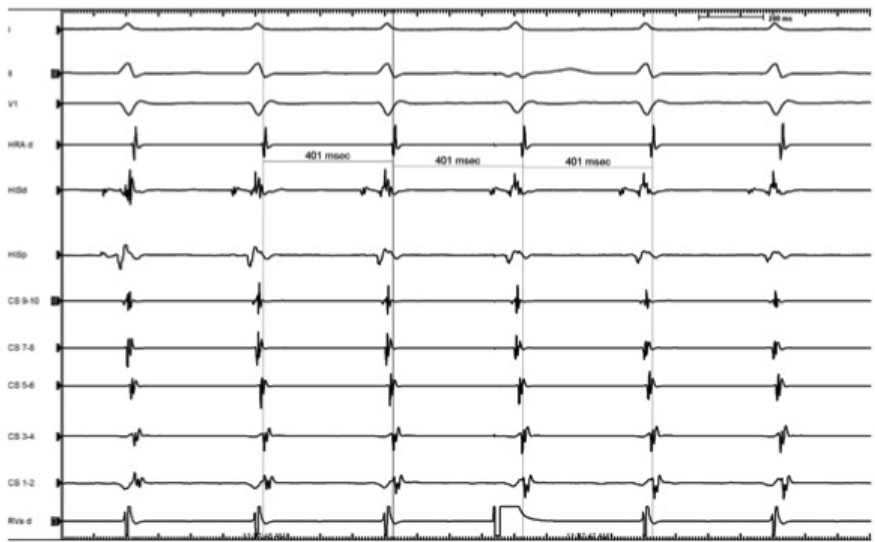
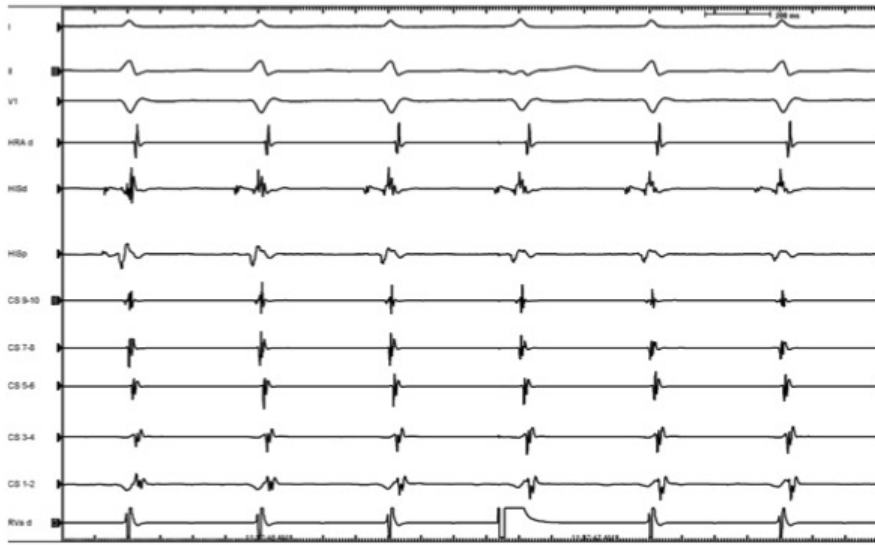
Case

- 40 year old lady with history of recurrent palpitations









OPINIONES DE COLEGAS

Hola amigos

1. ECG: una CPSV, luego una dupla supraventricular - la 2a bloquea la vía rápida (PR largo) - inicio de AVNRT (típica)
2. Terminación de la taquicardia con importante variación RR (efecto farmacológico o más de una vía lenta)
3. EEF: una extrasístole Ventricular: activación retrógrada a través de la vía rápida - activación anterógrada a través de la vía lenta - inducción de AVNRT (con una variación leve e inicial del ciclo de la taquicardia)
4. *Entrainment*, con algún grado de fusión: respuesta V-A-V
5. Ciclo largo de retorno; PPI - TCL= 242 ms (< 100 vía accesoria); probable existencia de varias vías lentas o mejor "heterogeneidad" de la vía lenta
6. VA durante pacing > VA durante la taquicardia: porque tiene que recorrer más distancia desde el ápex del VD (en taquicardia el atrio se activa desde el nodo AV)
7. Estimulación Ventricular durante His refractario: no altera el ciclo de la taquicardia

Oswaldo Gutiérrez

¡Excelente análisis, casi perfecto!

En el Holter, donde termina la taquicardia, ¿qué significado tiene esto?

¿Cuál es tu conclusión final, y qué hay que hacer?

¡Gracias Oswaldo por el sesudo análisis!

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC
Associate Professor of Medicine (Tenure)
Head, Heart Rhythm Service
Queen's University
Kingston, Ontario, Canada

Hola Adrián

Siii....ese final se las trae porque la taquicardia no ha terminado en el momento de esa pequeña pausa. Es probable:

- Que se trate de "varias" vías lentas; o un término muy adecuado es que dicha zona sea "heterogénea", de forma que el impulse toma otra vía más lenta que la previa
- Que por efecto farmacológico (si se utilizó un fármaco) que produzca una notable reducción de la conducción a través de ella
- Que se interrumpa la taquicardia y que la última contracción atrial tenga una respuesta anterograde 1:2, una por la vía rápida y la segunda por una vía lenta, muy lenta; el último latido sería una última activación retrograda por vía rápida

¡No se me ocurre nada más!

Entonces: ¡ablación en zona baja o media del triángulo de Koch!

Oswaldo Gutiérrez

Hola Oswaldo

Gracias por meterte en el caso, yo pensé que habría más opiniones, pero es posible que eestemos con la cabeza en otro lado.

El registro de superficie corresponde a un Holter, y no había fármacos.

Toda tu descripción concuerda con una reentrada intranodal y efectivamente ese fue el diagnóstico.

El trazado original lo puse para que se vea como un Holter puede hacer el diagnóstico. El comienzo de la taquicardia lo describiste vos fenomenalmente.

La terminación de la taquicardia es más sencilla que lo que vos planteas, termina con una P retrógrada.

Aquí te pregunto: ¿esto te ayuda de alguna manera a descifrar el mecanismo de la taquicardia?

SAludos

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Si la taquicardia termina en P sugiere AVNRT o AVRT, si termina en QRS sugiere taquicardia atrial

¡Gracias a vos x compartir este caso tan didáctico...!!

Oswaldo Gutiérrez

Yo sé que tú lo sabes, pero ¿podrías explicarle al foro por qué eso que dices es cierto?

Gracias.

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Claro, cualquier taquicardia reciprocante que utilice al nodo AV como parte integrante de su circuito, tiene en esta estructura su punto más lábil. Cuando la AVNRT o la AVRT, se detienen espontáneamente o por el uso de fármacos, el sitio más probable de bloqueo es el nodo AV, por tanto; luego de la contracción atrial el impulso no continúa hacia el sistema His-Purkinje y los ventrículos: la taquicardia termina en "A"

En las taquicardias atriales el nodo AV no forma parte de su circuito (o de su origen, si son automáticas), pase lo que pase en el nodo, nada modifica a la taquicardia. Cuando esta cesa, por los medios que fuera, el último impulso atrial alcanza respectivamente los ventrículos, entonces la taquicardia termina en "V"

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

Muchas gracias, Oswaldo.

Si alguien tiene alguna duda sobre el caso, se la preguntan a Oswaldo directamente....

¡Capo!

Adtián Baranchuk

Jaja de verdad que se aprende en el foro!
Manda más casos de EPS, Adrian!!

Oswaldo Gutiérrez

hola Adrian y Oswaldo

Excelente presentación e interpretación por ambos. Felicitaciones y agradecidos por las enseñanzas.

Mi opinión humilde es que ya el ECG Holter muestra características típicas de RE intranodal.

Durante la taquicardia observar que en la derivación del medio (2) se evidencia una r' (prima) equivalente a P retrógrada por una vía lenta ya que el RP es menor de 80ms.

Además está inducida por ESV con un PR largo por bloqueo en vía rápida y conducción por lenta

Es decir que un minucioso análisis del ecg de superficie nos da la pista

Demás esta decir el impecable análisis del estudio electrofisiológico por Oswaldo que avala lo anterior

Saludos

Juan José SIRENA

Hola JJ

100% de acuerdo, y la terminación de la taquicardia, como señala Oswaldo, también contribuye.

Puse el EPS para que vieran las maniobras habituales, bien descritas por Oswaldo. *Entrainment*, secuencia VAV, post pacing intervalo largo y Vp-AS - Vs-As.

Todo indica RIN, como lo había anticipado el análisis del Holter.

Si buscas en J Electrocardiol, hemos publicado un caso diferente que llamamos *Electrophysiology Study without intracardiac catheters* (con Andrés Enriquez como primer autor).

El análisis sesudo del Holter ayuda mucho a entender el mecanismo de una taquicardia

Adrián Baranchuk

Excelente caso y mejor explicación! ¡los felicito a ambos por compartir su sabiduría. ...

Mi pregunta es .. ¿cómo se sigue con esta paciente? ¿qué tratamiento se realizaría?

Gracias

Marilina Ortega

Estimada Marilina

Luego de realizadas las maniobras durante el estudio electrofisiológico, y habiéndose confirmado una RIN típica, se procedió a la ablación de la vía lenta, la cual fué exitosa. La paciente permanece SIN tratamiento antiarrítmico y libre de síntomas.

En líneas generales, la ablación de la vía lenta para la RIN tiene un éxito >98% y una tasa de complicaciones bien por debajo del 1%. El procedimiento lleva menos de 1 hora y se hace de manera ambulatoria. Solo requiere que el paciente esté en ayunas. Luego se le restringe el caminar por las próximas 24 horas (sólo para ir al baño) y esto es porque NO usamos puntos, y queremos evitar el sangrado por la punción femoral.

Vuelta a vida totalmente normal incluido gimnasio o ejercicio en 3 días.

Un abrazo,

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Mil gracias ..
¡Muy buen caso!
Un beso
Marilina Ortega

