

Mujer de 30 años que presenta episodios de taquicardia con QRS ancho – 2016

Juan José Sirena

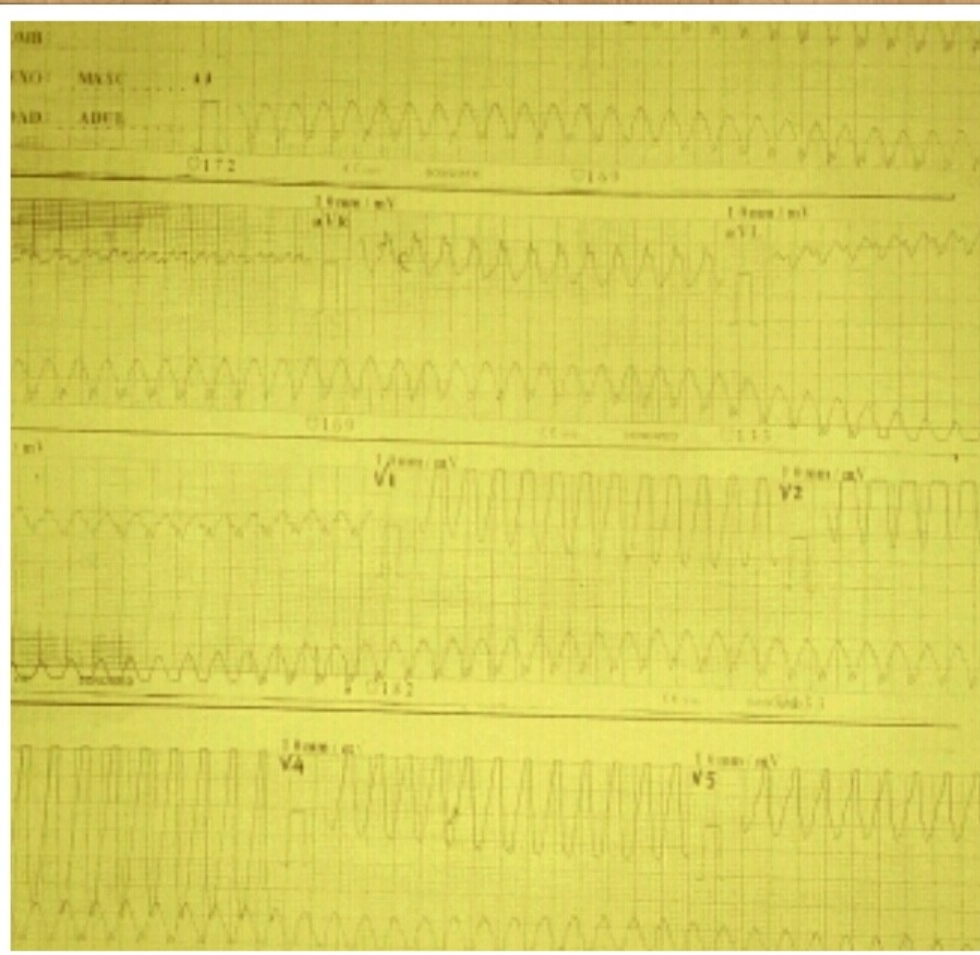
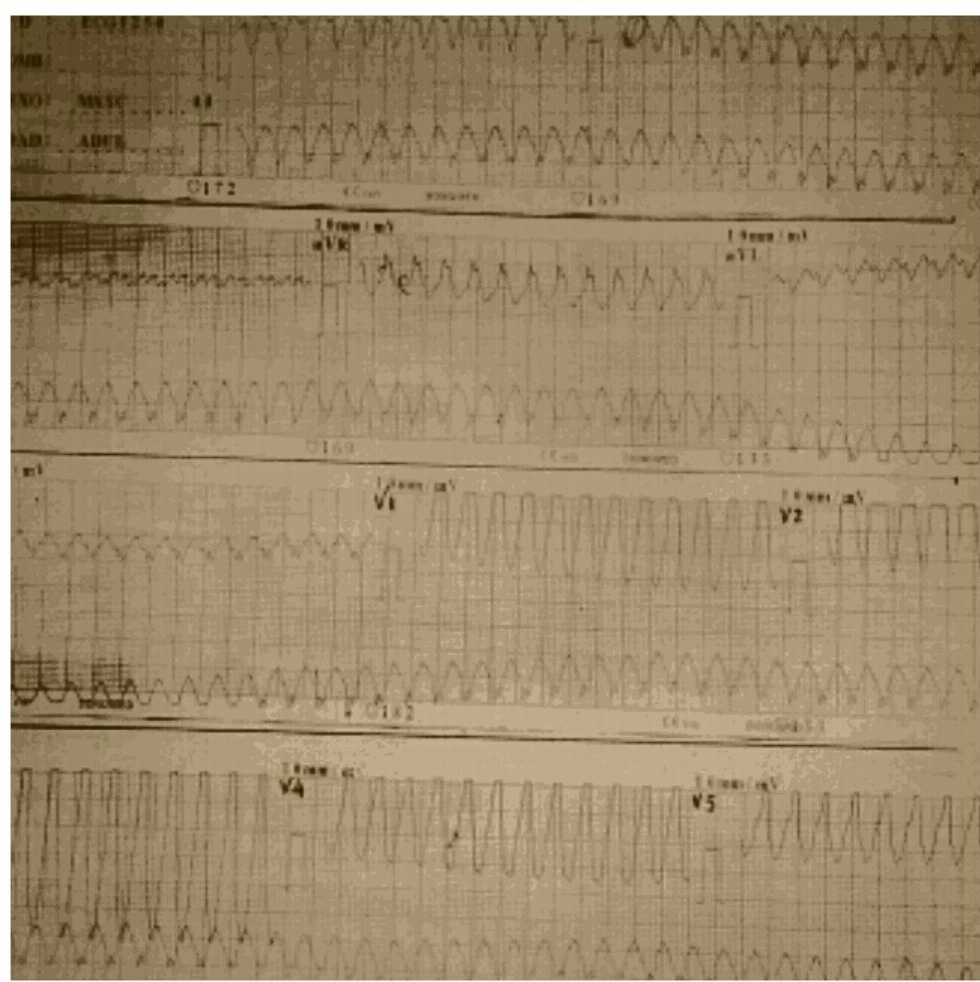
Hola amigos

Paciente femenina 30 años, hoy ingresa con este ECG. Rx de tórax y eco normales

Perdón por la definición del trazado pero era de la guardia

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Cual es la conducta?

Juan José Sirena



OPINIONES DE COLEGAS

Taquicardia de QRS anchos con morfología de Bloqueo de rama en precordiales: TSV (algoritmo del ACC).

También, aunque la definición de trazado es muy mala, pareciera que –usando el algoritmo nuevo de Vereckei- V_i/V_t en AVR es superior a 1, lo que sugeriría una TSV.

Clínicamente, si tuviera trastornos hemodinámicos, me inclinaría a TV.

Si no los tuviera, fue una TSV.

Cordial saludo.

Luciano Pereira

En este ECG no puedo visualizar correctamente el inicio de los complejos QRS; tampoco puedo definir la polaridad de los complejos en el plano precordial. Los datos positivos que extraigo es que es una taquiarritmia a 280 X', con complejos QRS anchos (aprox: 170 mseg) con un eje en el plano frontal desviado a extrema derecha. Si analizo la derivación aVR es totalmente positiva lo cual sugiere fuertemente el diagnóstico de TV.

El algoritmo de Vereckei utiliza una sola derivación para el diagnóstico diferencial (aVR).

En una activación producida por una arritmia supraventricular, el frente de onda se va a alejar de esta derivación generando complejos QS en la misma o rS dependiendo de la posición cardíaca o cuando el paciente presenta una necrosis inferior o una hipertrofia septal; con una relación $R/S < 1$.

Una onda R pura no debería estar presente en una TSV. En el mismo la relación V_i/V_t se analiza si no existe una onda R inicial importante.

Por otra parte, este algoritmo también aproxima la ubicación del foco de la TV, ya que si presentan onda R inicial, ubica su origen en la región ínferoapical.

Afectuosamente

Isabel Konopka

hola Luciano

Es el episodio número 8 que la paciente tuvo en el año y no presenta trastornos hemodinámicos relevantes salvo TA 100 de máxima

Juan José Sirena

Hola JJ y amigos

Por la frecuencia, se puede decir que es un flúter ventricular. Morfología de BRD (patrón monofásico en V1 aunque muy difícil de ver con detalle) con eje inferior (negativo); con los criterios ya mencionados de aVR, el dx electrocardiográfico es TV.

Tampoco es el patrón de las TV de corazón sano más frecuentes, como la TV del TSVD o la TV fascicular. Las TV del TSVI o de la continuidad mitro-áortica tampoco tienen onda R monofásica

Ideal, estudio electrofisiológico para confirmar origen y si es posible su mecanismo. Yo tengo una paciente de 60 años hipertensa (Eco - HVI y FE normales) con idéntica morfología, 300 lpm, no tenía disponible EEF, le puse un ICD y todos sus episodios se resuelven con ATP.

Saludos!

Oswaldo Gutiérre

Hola amigos

Interesantes opiniones; en plan de EEF .

En hs enviaré ECG post reversión de la taquiarritmia .

En espera de otras opiniones

Saludos

Juan José Sirena

Buenas noches. Frecuencia cardiaca 280 aproximadamente con QRS ancho ± 170 ms, concordancia positiva en precordiales, eje del QRS entre -90 y -180 (tierra de nadie), R pura en aVR (único criterio necesario para TV según Vereceki), no hay RS en precordiales, aparente disociación AV 1:1, (Brugada) y probablemente en DII cambio de polaridad mayor 50 ms (Pava). Todos criterios de TV, en una mujer con aparente corazón sin alteración estructural y recurrente.

¿Podría tratarse de una TRAV ortodrómica por VA lateral?? (por la concordancia positiva de precordiales)

Creo que el ECG en ritmo sinusal ayudará al diagnóstico.

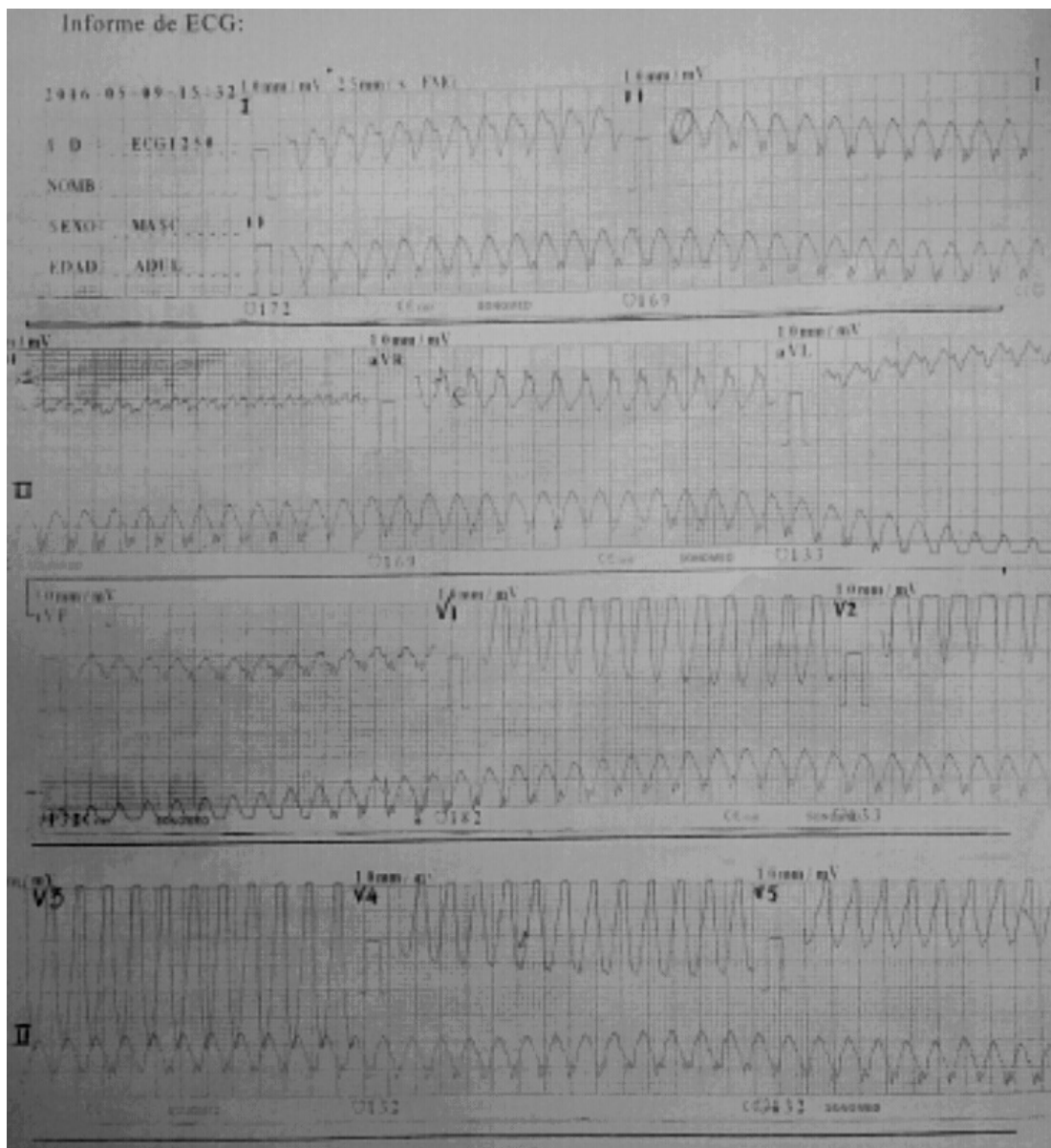
Indicaría EEF y probable ARF y/o CDI.

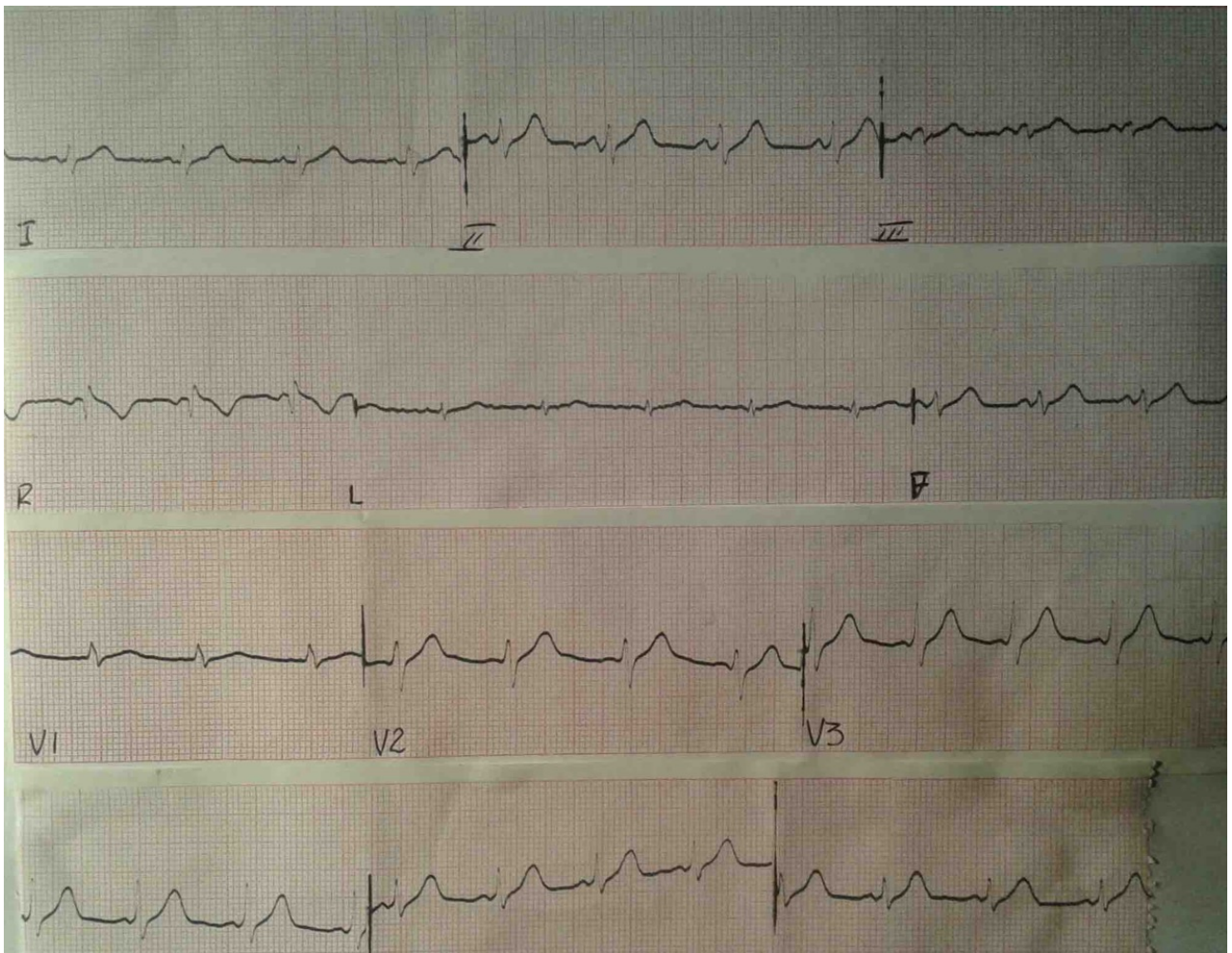
Dr Juan Carlos Manzzardo

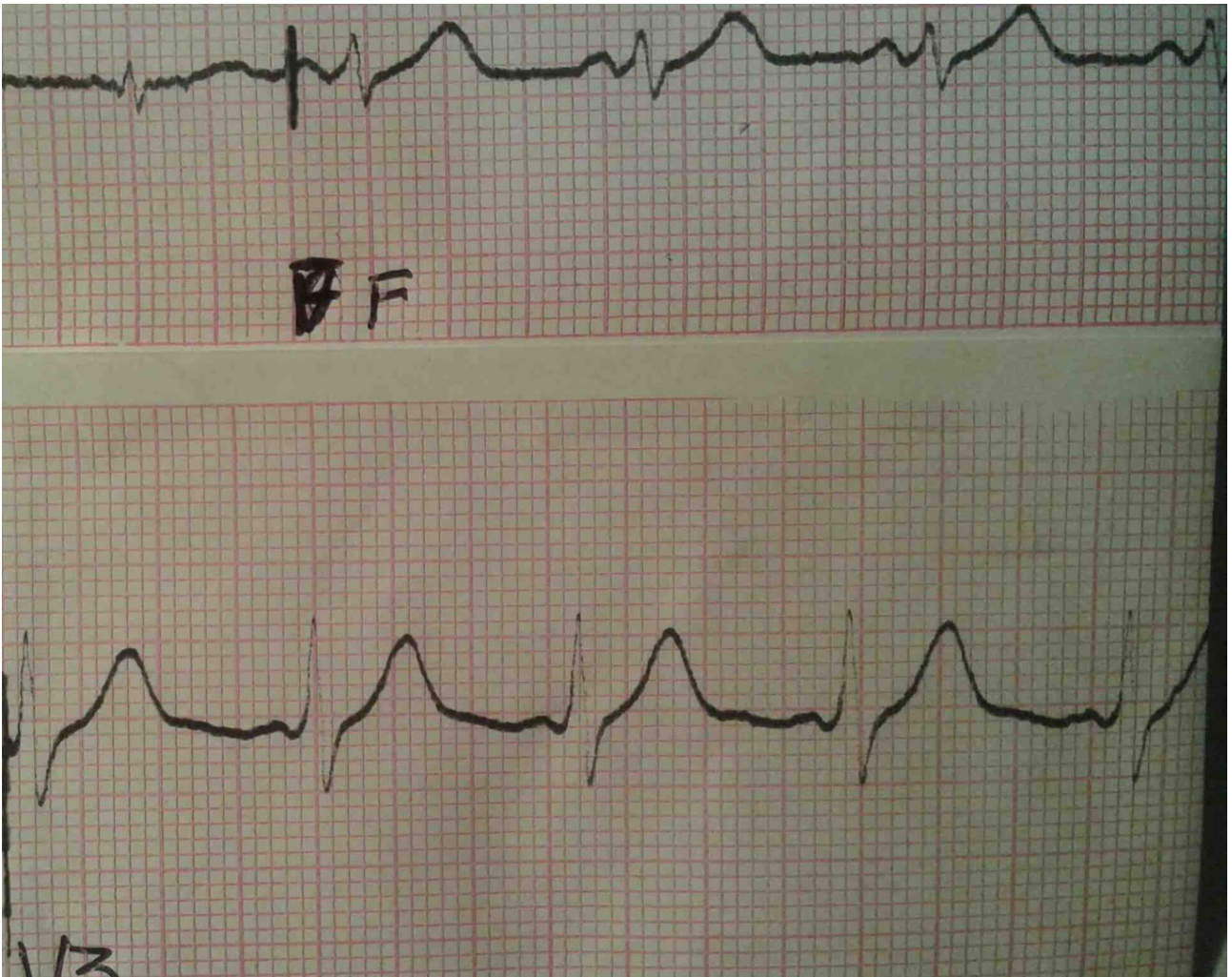
Envió ECG post reversión de la taquiarritmia.

Aclara algo mecanismo y circuito

Juan José Sirena







Estimado Juan José: muy lindo caso; más para los que nos gustan ver taquiarritmias y aprender con ellas.

Una pregunta porque yo no lo puedo definir en los trazados: ¿lo que vos marcas como onda delta tiene la misma orientación que las primeras fuerzas de la taquiarritmia?

Muchas gracias

Isabel Konopka

Buenas tardes estimado Juan José, muy lindo caso, sobre todo para los que hacemos clínica cardiológica; mi segundo diagnóstico presuntivo fue TRAV x vía accesoria lateral izquierda, sólo por la concordancia positiva en precordiales, sobre todo en una paciente joven, con varios episodios, sin alteración estructural y sin descompensación hemodinámica.

Pregunta a Ud. y para los profesores en electrofisiología; ¿por qué R pura en aVR? (en taquicardia), siendo este un criterio muy específico para TV?

Saludos Juan Manzzardo
Mendoza, Argentina

Hola amigos

- 1- ¿Estamos de acuerdo que se trata de una vía accesoria? y ¿por consiguiente una TRAV ortodrómica? o ¿antidrómica?
- 2- ¿es izquierda u otro piensa en otra localización?
- 4- El QRS ancho es por la preexcitación pura (antidrómica) o se asocia con aberrancia (ortodrómica)
- 5- en plan de ARF

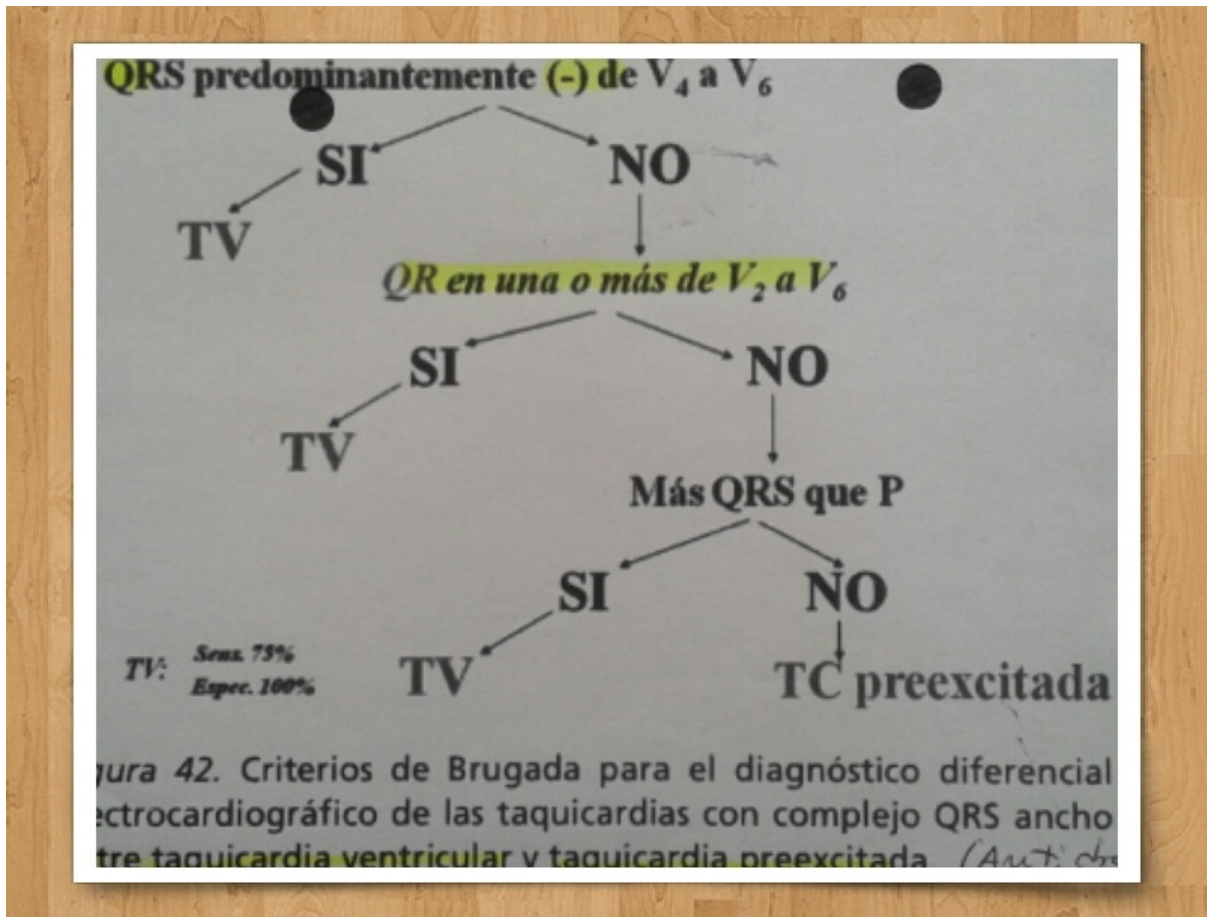
Saludos

Juan José Sirena

Honestamente no puedo explicar claramente la R pura de aVR y me gustaría recibir opiniones al respecto

Perdñon por los trazados, pero son de las "*trincheras*" de guardia, y es el mundo real en que debemos lidiar con lo poco disponible a veces

Adjunto algoritmo de Brugada para diferenciar TV con TV PREEXITADA



Juan José Sirena

Se trata de una taquicardia pre-excitada. El diagnóstico diferencial incluye una taquicardia o aleteo auricular con conducción 1:1 (más probable en una mujer de 30 años) y la reentrada nodal en la que la vía accesoria es un bystander. La taquicardia antidrómica verdadera es muy rara, quizás más común sea la taquicardia por 2 vías accesorias. (baja por una, sube por la otra). Antes de encarar este caso, es bueno repasar las maniobras diagnósticas para diferenciar los distintos mecanismos.

Esto es un clásico de la electrofisiología clínica. Gran caso. Cordialmente.

Sergio.Pinski

Buenas noches Juan José, creo que es una vía accesoria izquierda, probablemente lateral o ánteroseptal (tiene onda Delta + en cara inferior) izquierda, y que es antidrómica, tiene concordancia positiva en todas las precordiales. Hay relación 1:1 QRS/p. No creo que sea ortodrómica con aberrancia porque no hay QRS, RS en precordiales para pensar en aberrancia de rama derecha (o izquierda).

Perdón Juan José, pero además creo que tiene un período refractario muy corto, seguramente menor a 220 mseg, con el consiguiente riesgo de MS x FV.

Ablación x RF lo antes posible.

Saludos cordiales.

Juan Carlos Manzardo

Hola Sergio

Interesante razonamiento .

Para aprender como siempre en este foro, ¿cuáles serían las maniobras para diferenciar los distintos mecanismos?

Juan José Sirena

Básicamente, se trata de disociar el ventrículo sin perturbar la taquicardia. Si se logra, se descarta taquicardia antidrómica. El ventrículo es parte obligatoria del circuito en la taquicardia antidrómica.

Sergio Pinski

Buenas tardes, Dr. Pinski, gracias por su tiempo a la docencia y ayudarnos a entender el mecanismo de esta taquiarritmia, cuando Ud. se refiere a disociar el ventrículo, ¿lo hace con un EEF? o simplemente "desmenuzando" los trazados electrocardiográficos?

Lo saludo atte.

Juan Carlos Manzardo

Durante el EEF.

Sergio Pinski

¡Muchas gracias profesor Pinski!

Estimado Dr. Sirena, después de todos los aportes, ¿cuál es el diagnóstico presuntivo electrocardiográfico de la taquicardia presentada?

Esperamos el diagnóstico definitivo después del EEF, no se olvide de contarnos!

Un saludo cordial

Juan Carlos Msnzzardo

Estimado Juan Carlos

En principio para nosotros por los ECG mostrados, es en coincidencia con Sergio una TSV preexitada (síndrome de WPW.) por vía accesoria probablemente lateral izquierda. Su mecanismo sería por RE AV.

Pero no descartamos un AA 1X1

En plan de ARF veremos que otros datos aportaremos para aclarar mecanismo

Juan José Sirena