

# Mujer de 83 años que presenta síncope y un ECG que muestra TSV

Dr. Oswaldo Gutiérrez

Estimados:

Les comparto este caso interesante. Mujer, 83 años, un episodio de síncope mientras caminaba. Antecedente de palpitaciones rápidas esporádicas, nunca recibió tratamiento antiarrítmico (no tengo más datos ni EKG de 12 derivaciones). Le dijeron que necesita un marcapasos

Buen fin de semana!

Oswaldo Gutiérrez





## OPINIONES DE COLEGAS

Hola Oswaldo!!

¡A los pacientes siempre le indican marcapasos!.

La taquicardia termina con una onda P. Esto descarta taquicardia auricular. El intervalo RP es de unos 120–140 msec. El diagnóstico diferencial es reentrada nodal lenta-lenta vs reentrada AV por vía accesorio oculta.

Muchas gracias,

Mario D. Gonzalez

---

Estimado dr. Gutierrez, un caso interesante. Coincido con el diagnóstico presuntivo y diferencial del Dr. Mario González. Se aprecia en el 4to trazado una ESV precoz luego del 6to latido, seguido de "salto" e inicio de la taquicardia y culminación con bloqueo "en bajada". Particularmente curioso el 1er trazado, me pregunto si tiene ES hisianas con conducción oculta.

Gracias por el caso.

Alejandro Coronel

---

Muchas gracias Dr. Gonzáles y Dr. Coronel por sus comentarios

1. Parece existir doble fisiología nodal: por momentos, las CPA se conducen a través del nodo AV pero en otros, se "bloquean", según su intervalo de acoplamiento
2. En la segunda imagen se produce, a mi parecer, un bloqueo AV de segundo grado tipo Wenckebach de la vía lenta (sin conducción por la rápida); por lo cual, si en efecto la señora tuvo síncope, sí pensaría en implantarle un marcapasos (por la edad) y no un estudio electrofisiológico, donde se tendría que buscar extrasístoles "ocultas"
3. En efecto, por las características por Uds. señaladas, la TSV probablemente sea intranodal "lenta-lenta"

Saludos!

Oswaldo Gutiérrez

---

Estimado Oswaldo,

En pacientes de edad avanzada hemos publicado que la reentrada nodal puede ser la causa de síncope. Con un QRS normal el Wenckebach en la vía lenta no puede ser responsable de síncope.

Gracias nuevamente por compartir estos trazados tan interesantes

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Hola a todos. Veo este caso tardíamente. Por lo mostrado nunca hubiera pensado en implantarle un MCP!!! Sí un EEF y ablación de lo que encontrara (TRIN o TRAV ortodrómica). ¿La indicación de MCP lo hace un cardiólogo o un electrofisiólogo?. Si es un cardiólogo debería consultar con electrofisiólogo, si lo hizo éste... no entiendo más nada. Saludos.

Oscar Pellizzón