Paciente que acudió a urgencias con un episodio de palpitaciones con inestabilidad y diaforesis profusa – 2018

Dr. Carlos López

Estimados compañeros del foro:

les presento un caso de un paciente que acudió a urgencias con un episodio de palpitaciones con inestabilidad y diaforesis profusa. Les hago un resumen de la historia clínica y les adjunto los electrocardiogramas, a todas luces interesante.

Paciente de 60 años. Sin alergias conocidas.

FRCV: Tabaquismo severo, obesidad. HTA. Diabetes Mellitus no insulinodependiente. Sobrepeso.

Antecedentes cardiológicos:

- Cardiopatía isquémica, infarto subagudo con posterior CRG (2011) con enfermedad de 3 vasos:

- Estenosis significativa en DA media. Estenosis 40% en 1ª Dx proximal (muy desarrollada) àStent en DA media (nobori 3.5/18).

- Cx: estenosis larga desde el ostium de 1ªMOàse colocan dos stents solapados (xience 2.5/33 y 2.25/12 mm).

- CD: vaso ectásico con estenosis severa en segmento medio y 50-60% en CD distal.-→Stent_ (liberte 5/20mm en CD media)

Acude a urgencias por episodio de mareo y náuseas con sudoración profusa sin dolor torácico en contexto de sobreesfuerzo sobre actividad física habitual. Se evidencia taquiarritmia (217 lpm) QRS ancho (límite) en el centro de salud. El cuadro cede con nitroglicerina sl y es derivado al hospital donde se objetiva ya ritmo sinusal. Fue dado de alta de urgencias con el diagnóstico de TPSV. A las 15 días del episodio, se remite de nuevo a urgencias desde cardiología de área tras analizar el ECG del cuadro previo para estudio de taquicardia ventricular.

A su ingreso en planta, asintomático. Exploración física anodina, sin semiología congestiva.

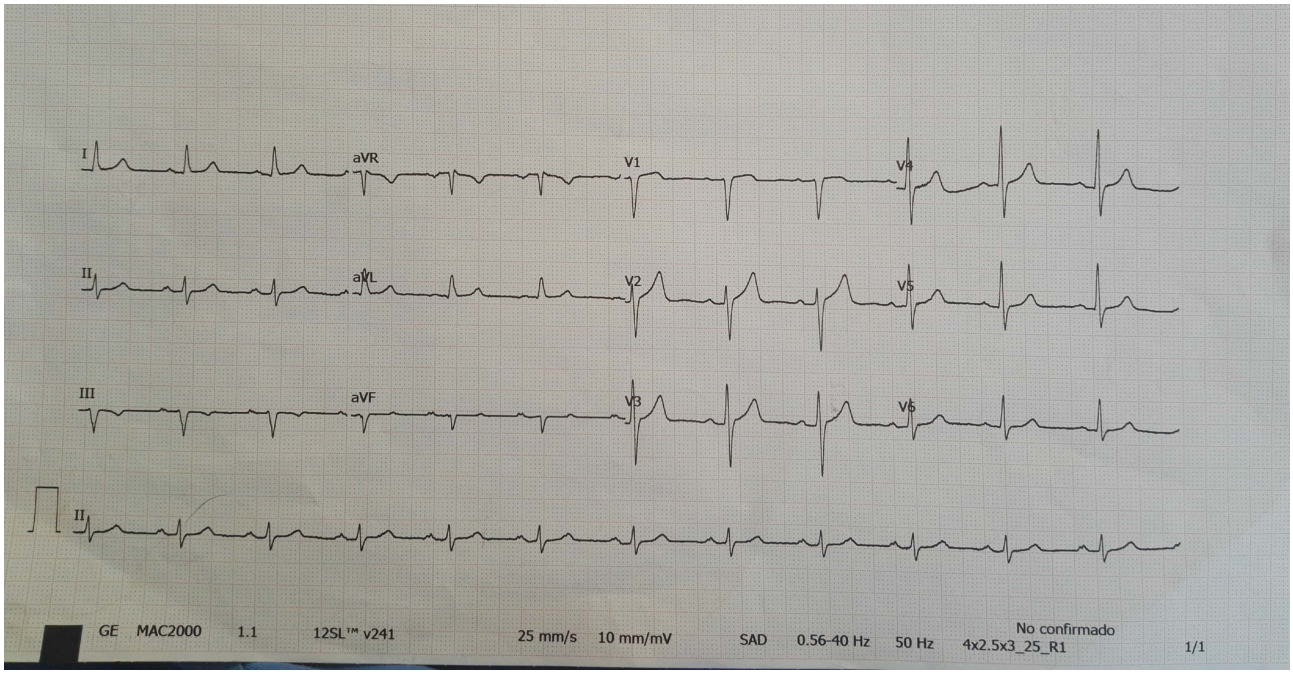
Analíticamente, ionograma, función renal, hemograma y hemostasia dentro de la normalidad. No se determinaron marcadores de daño miocárdico.

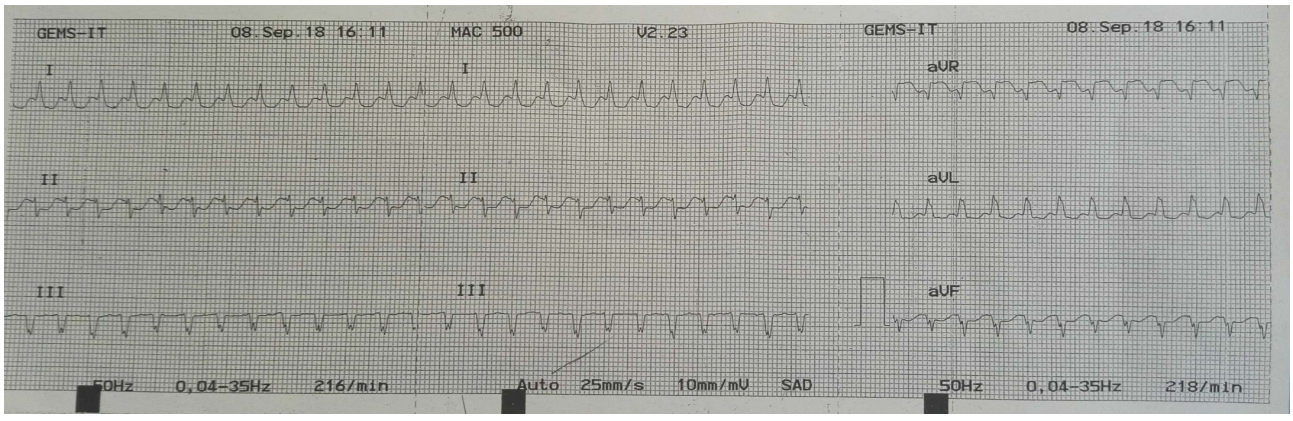
Ecocardiograma: Función sistólica VI y VD normales con hipoquinesia inferiorbasal e ínferoseptal basal. Ausencia de valvulopatías significativas. Sin datos de hipertensión pulmonar. No derrame pericárdico.

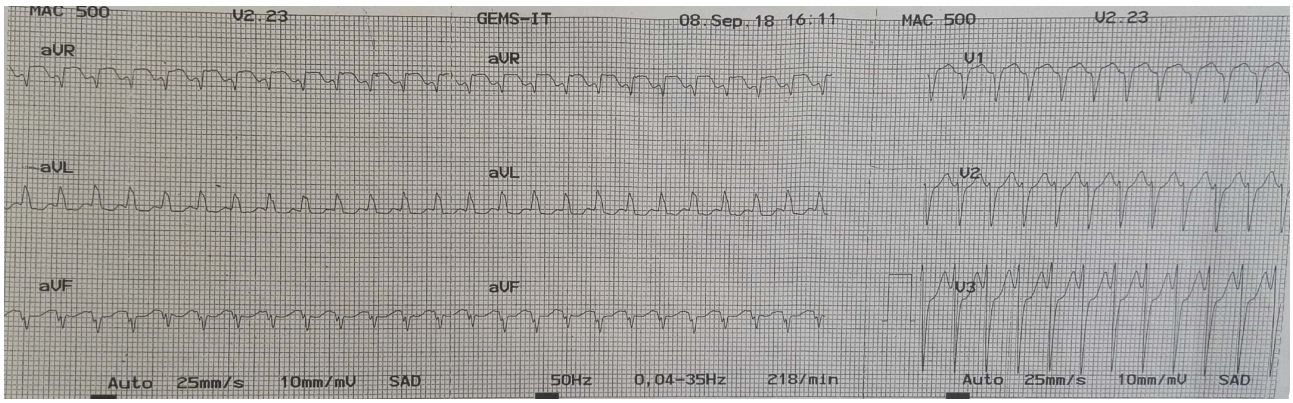
Evolución en planta sin incidencias, pendiente de coronariografía.

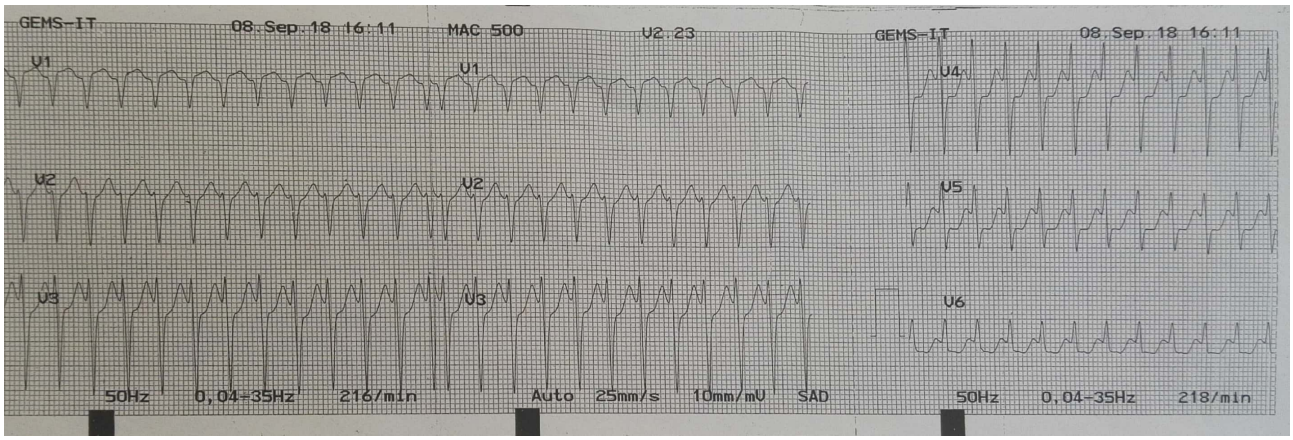
Me encantaría escuchar su opinión, siempre agradecido.

Carlos López






MAC 500
V2.23
GEMS-IT
08.Sep.18 16:11
MAC 500
V2.23
aVR
aVR
V1
aVL
aVL
V2
aVF
aVF
V3
Auto 25mm/s 10mm/mV SAD
50Hz 0,04-35Hz 218/min
Auto 25mm/s 10mm/mV SAD


GEMS-IT
08.Sep.18 16:11
MAC 500
V2.23
GEMS-IT
08.Sep.18 16:11
V1
V1
V4
V2
V2
V5
V3
V3
V6
50Hz 0,04-35Hz 216/min
Auto 25mm/s 10mm/mV SAD
50Hz 0,04-35Hz 218/min

OPINIONES DE COLEGAS

Buen día para todos.

Evidentemente estamos ante la presencia de una Taquicardia Regular de QRS estrecho, siendo sumamente difícil identificar alguna onda de actividad auricular retrógrada, posiblemente porque se encuentre dentro del QRS.

Por esta razón, y aunque no sea posible identificar una pseudo R en V1, planteo que nos encontremos ante una TPSV de RP < PR, siendo este RP < 90 mls por lo que puedo inferir que estemos ante una Taquicardia intranodal tipica (Doble via intranodal).

Su manejo sería por medio de un estudio Electrofisiológico con miras de ablación por radiofrecuencia. Por los momentos mantener terapia antisquémica óptima, planificando electivamente dicho procedimiento.

Dr. Abner Mavarez - Cardiólogo Clínico

De acuerdo se trata de un TPSV reentrada nodal Mi pregunta es ¿pasó a ritmo sinusal con maniobras vagales o adenosina o ambas?

Eduardo José Barreneche Baute

En principio pasó a sinusal de forma espontánea (aunque desde el servicio de urgencias domiciliario se le admistraron nitratos sl)

Carlos Lópèz

Es importante cuando vemos una taquicardia supraventricular en mantener todos los posibles diagnósticos diferenciales hasta que podamos llegar al diagnóstico correcto durante el estudio electrofisiológico.

Por lo tanto, si bien reentrada nodal es probable, no descartaría taquicardia auriculo-ventricular utilizando una vía oculta ni tampoco una taquicardia auricular o aleteo auricular con conducción A-V 1:1. Es difícil discernir las ondas P de la onda T cuando la taquicardia es tan rápida.

Saludos,

Mario D. Gonzalez