

Niña de 15 años con palpitaciones por presencia de taquicardia de QRS angosto – 2014

Dr. Raimundo Barbosa Barros

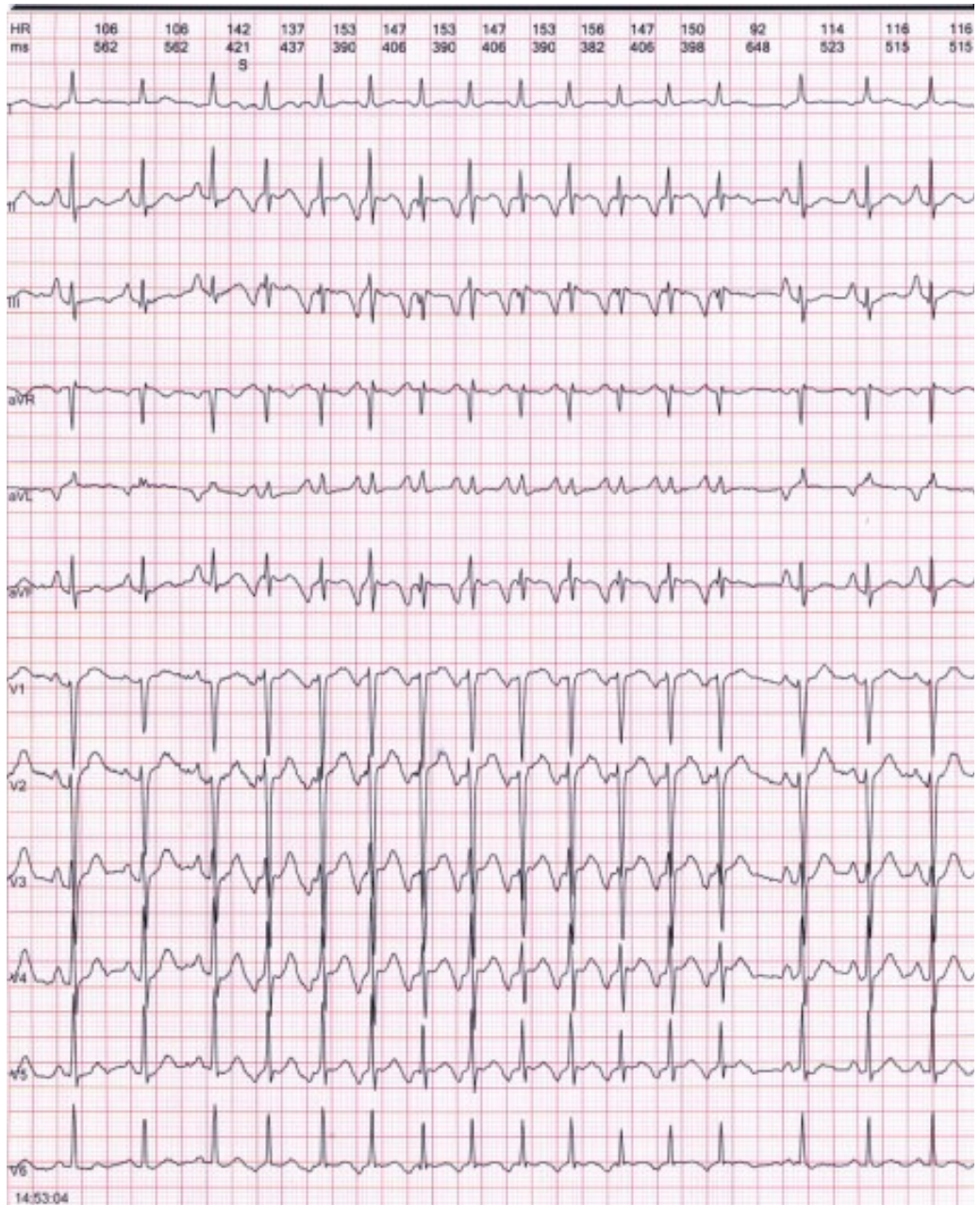
Hola estimados foristas

Joven de 15 años, mujer, con quejas de palpitaciones.

¿Cuál es el mecanismo de esta TSV de QRS estrecho con RP ´ longo?

Saludos

Raimundo Barbosa Barros



OPINIONES DE COLEGAS

¡Hermoso caso Raimundo, gracias!

1. Taquicardia de QRS angosto: (se descartan 90-95% de las TV)
2. Regular (RR regulares): (se descartan FA, aleteo con conducción variable, taquicardia auricular multifocal)
3. ¿Dónde está la onda P?: La onda P está después del QRS, con RP más largo que el PR. Los diagnósticos diferenciales son:
 - A. Reentrada intranodal atípica (rápida-lenta)
 - B. Taquicardia de Coumel
 - C. Taquicardia auricular baja: originada en el ostium seno coronario
 - D. Vía accesoria decremental

El estudio electrofisiológico y la ablación confirmarán lo antedicho.

SAludos.

PS: Nótese "*electrical alternans* de los QRS!!!!"

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

Estimado Raimundo (a) FOX

Mi opinión

Según algoritmo ya conocido por nosotros surgen 4 alternativas diagnósticas:

1- taquicardia por reentrada AV ortodrómica por vía accesoria oculta lateral derecha utilizando brazo anterógrado el NAV y retrógrado vía accesoria lateral derecha (esto surge porque la onda P retrógrada es – en V1 , es decir que la AD es la primera en despolarizarse en forma retrógrada)

2- taquicardia utilizando vía accesoria pósterio septal con "conduccion decremental"
Taquiardia de COUMEL

3- taquicardia reentrante intranodal "atípica utilizando la vía RÁPIDA LENTA como reentrada

4 -taquicardia auricular derecha

Por la "alternancia del QRS " durante la taquicardia me quedo con la **primera opción**

Conducta

EEF para inducción, localizar vía o foco y eventual ARF

Saludos cordiales

Juan José Sirena

Hola Juan José

Conuerdo contigo en todo menos en el primero de tus diagnósticos.

La reentrada ortodrómica por vía derecha lateral produce un ECG (en vías normales) con RP más corto que PR. Es verdad que el RP es >80 ms y eso sirve para diferenciarlas de las reentradas nodales típicas. Pero en este caso el RP es MUY largo, y el único mecanismo probable (para justificar una vía) serían lo descrito por ti en ítem número 2, o sea, **un Coumel** (que encima da, por edad, aún más que la reentrada nodal atípica).

Un fuerte abrazo.

A los que no leyeron este algoritmo propuesto por nuestro grupo, fue muy elegantemente descrito por nuestro forista Carlos (Kako) Rodríguez de Venezuela en su libro "Manual Latinoamericano de electrocardiología" impreso por la Universidad del Zulia y el IECTAS. Carlos, ¿cómo puede conseguirse el libro? ¿Hay manera de comprarlo vía internet?

Gracias

Adrian Baranchuk MD FACC FRCPC

La ausencia de una onda P na porción terminal del ultimo complejo QRS lleva a suponer que el nódulo AV no participa en la genésis de la taquicardia .¿Qué te parece?

Raimundo Barbosa Barros

Lindo caso del maestro Raimundo Barros Barbosa; las ondas P sinusales pintudas y altas desviada a la derecha y frecuencia sinusal alrededor de 100 lpm sugieren una descarga importante de sustancias adrenérgicas .Yo me adhiero al diagnóstico del maestro Adrián reentrada lenta retrógrade y rápida anterógrada no sostenida sugiriendo una disociación longitudinal del nódulo aurículoventricular

Las ondas P retrógradas profundas son también por el efecto adrenérgico

Habrá discutido con los padres por no dejarla ir al baile del domingo o discutió con un amiguito ¡Qué problema puede tener una Hermosa brasilera a los 15 años para tener esta descarga adrenérgicas (hormonas de la rabietas) Si no, va tener que descartar carcinoide, que viene con Dolores del vientre derecho o feocromocitoma

Un fraternal abrazo a todos los foristas

Samuel Sclarovsky

La onda P' es negativa en I y aVL por lo tanto pienso que el haz accessorio es izquierdo fijate en el cuadro.

La forma de Coumel incesante utiliza el sistema de conducción normal en forma anterógrada y el haz accesorio oculto com propiedades decrementales en forma retrógrada. Su localización predominante es cerca de el ostium del seno coronario pero puede estar en el séptum medio, pared posterior derecha y posterior izquierda. Frecuentemente se asocia con otras vías anómalas.

Si la P' es isoeléctrica o negativa en DI sugiere que está dentro del seno coronario o en endocardio izquierdo. Si la P' es positiva en DI sugiere localización en el endocardio derecho.

Se plantea el DD con la reentrada nodal AV rápida-lenta y con las taquicardias auriculares originadas cerca del seno coronario. En el Coumel el intervalo PR es = o > 120 ms contrariamente en lar rápida-lenta de reentrada nodal AV el PR es corto <120ms. El Coumel puede causar miocardiopatía dilatada y se induce fácilmente y por cambios mínimos en el ciclo sinusal.

| Señales ECG | TRAVN/AVNRT | CMT/ORT |
|---|---|--|
| Alternancia en los complejos QRS | Rara | Común |
| P'R inicial | Prolongado | Normal |
| Localización de la onda P' | Dentro de QRS. Puede ocasionar seudo onda S en las inferiores o seudo onda r' en V1 | Siempre separado de QRS |
| Polaridad de la onda P' | Negativa en II, III y aVF. | Variable dependiendo de la localización del haz accesorio. Si la onda P es negativa en I, el diagnóstico es haz accesorio izquierdo. |
| Aberrancia | Rara | Común |
| Frecuencia cardíaca durante la aberrancia comparada con no aberrancia | No muda | Puede disminuir con la aberrancia, bloqueo de rama del mismo lado del haz accesorio |
| Conducción AV | Usualmente 1:1 | Siempre 1:1 |

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Adrián

Coincido con tu observación, y reconozco mi error en cuanto al diagnóstico # 1 ya que en esta situación como lo dices el RP debería ser < que el PR, pero mayor de 80 ms .

En relación a la Taquicardia de COUMEL mi experiencia es que son recurrentes y llevan a una TAQIMIOCARDIOPATIA, no se que opinas a esto último

Un abrazo

Juan José Sirena

Hola

Esto sería RARÍSIMO (NO imposible) de ser una AVRT usando una vía accesoria izquierda, ya que en ese caso, insisto, el RP es más corto que el PR y en el caso de Raimundo, el RP es mucho más largo. Por lo tanto, si fuera VÍA izquierda, sería decremental, y si encontrás una vía izquierda decremental, la publicamos juntos amigo.

Luego de seguir los protocolos, uno debiera quedarse con 3 opciones:

1. Coumel.
2. RIN atípica (rápida - lenta).
3. Taquicardia auricular automática originada en el seno coronario.

Todo lo demás es tan raro de ver, que casi no debiera plantearse, pero claro las cebras verdes, existen,...pero son muy raras. Y a mi me gusta pensar (y enseñar) simple. Soy del barrio de Flores, no te olvides.

Abrazo y esperemos el resultado del EPS de Raimundo.

Hola Juan José

Lo he leído también, pero no lo he visto, porque si bien hacemos niños, muchos van al *Sick Kids* de Toronto.

Sobre todo si han desarrollado cardiomiopatía.

Gracias por el dato que tuve que releer porque no me acordaba.

Abrazo fuerte.

Adrián Baranchuk

La onda P sinusal es negativa en DI y aVL con un eje en DIII; la de la taquiarritmia es positiva en DI y aVL. Es igual a la sinusal pero de polaridad invertida. No se ilusionen en una vía izquierda.

Julia Pons

Hola Julia

El único que habló de vía izquierda fué Andrés.

¿Ud que piensa? Me interesa conocer su opinión.

Gracias

Adrián Baranchuk

Estoy de acuerdo con los diagnósticos diferenciales mencionados. La onda P para mi gusto presenta demasiado voltaje; por lo que no se si es simplemente por aumento del estímulo adrenérgico, consecuencia de la taquiarritmia o presenta un agrandamiento previo de la AD que la esté ocasionando. Pero no observó en el ECG un patrón de una cardiopatía congénita o adquirida que la justifique. Si esta taquiarritmia es persistente el estudio electrofisiológico aclarará las dudas.

De este tema Uds saben mucho más que yo.

Julia Pons

Hola queridos foristas

¿Cuál es el mecanismo de este otro caso de taquicardia de RP' largo? Ver el final de la taquicardia después de un masaje del seno carotídeo . ¿Cuál es la diferencia con el caso anterior?

Raimundo Barbosa Barros



Querido amigo y maestro Dr Raimundo Barbosa Barros, si Ud tiene mi libro fíjese en la figura 7, 12 y 13 que explica mecanismo de la disociación longitudinal y oomo con excitación atrial hacemos pasar la conducción una vez por la conducción lenta y otra vez rápida. Nosotros fuimos los primeros y tal vez los únicos que demostramos con estudios electrocardiográficos la aparición de disociación longitudinal y transversal, como bloqueo metabólico en infartos inferiores agudos a nivel de la parte superior del nódulo auricular denominada NA, diciendo que este área esta en contacto con el atrium y está bajo el dominio total de las sustancias muscarínicas; la referencia está en la bibliografía de este capítulo

Esperp que esto le explique la electrofisiología de su caso según mi interpretación y sino la discussion está abierta donde se barajaron varias posibilidades

Espero su respuesta

Un fraternal; abrazo; estos estudios fueron hechos por mi personalmente cuando era jefe de ICCU Y ESTA ES HISTORIA ANTIGUA DE LA ELECTROFISIOLOGÍA INVASIVA

Un fraternal abrazo a todos los foristas y en especial a Francisco Jose (Pancho) Femenia por su gran éxito y me acuerdo de un caso similar que lo tratamos con amiodarona intravenosa y después no aparecieron más. Me parece que está relacionado con el proceso de apoptosis que pasa en los recién nacidos en las vías de conducción extranodales muy numerosas en la vida fetal, que se van apoptizando progresivamente como las manos de los fetos.

Samuel Sclarovsky

Querido Samuel

El paper escrito por ud es el siguiente: [Chest](#).1978 May;73(5):638-41.

Dissociation of the atrioventricular node in acute inferior wall myocardial infarction. 2. Longitudinal dissociation (dual atrioventricular nodal pathways).

[Sclarovsky S](#), [Strasberg B](#), [Lewin R](#), [Agmon J](#).

El término disociación longitudinal del Nodo AV para explicar las reentradas intranodales, no se usa más hace muchísimo tiempo y si bien tiene enorme valor histórico, no lo tiene así en la práctica.

Sin embargo, en la disociación TRANSVERSAL del nodo AV, también llamada **Wenckebach de latidos alternos**, por el grupo del Ramos Mejía; Ud describió un hermoso caso con J García Niebla, que les recomiendo a todos que lean, y de vuelta lo publico en mi libro "**Atlas of Advanced ECG Interpretation**" que se consigue en www.ecgatlas.com

Fíjese que estos 4 casos publicados en el 78 eran post MI y la AVNRT es la arritmia SV más común luego de la FA.

Saludos!

Dr, Adrián Baranchuk MD FACC FRCP

Querido Raimundo

Disiento en este caso. Esta es una taquicardia de RP corto. Si el RP mide menos del 50% del interval RR es considerado corto, como en este caso.

El diagnóstico diferencial se plantea, en general, así:

1. RP corto:

- A. RIN típica (lenta rápida) (RP <80 ms)
- B. Reentrada atrioventricular ortodrómica (RP>80 ms)
- C. Taquicardia auricular

2. RP = PR

- A. Reentrada intranodal lenta-lenta
- B. RIN típica con conducción 2:1

3. RP Largo

- A. Reentrada intranodal atípica
- B. Coumel
- C. Taquicardia auricular

Tu caso bien podría corresponder a RIN típica o TRAV ortodrómica. Es muy lindo el fenómeno de terminación con prolongación progresiva del PR anterógrado permitiendo la reentrada en dos latidos.

SAldos

Adrián Baranchuk

Querido amigo

Está claro que es una taquicardia de RP ´ corto. Estaba equivocado a la hora de editar el texto.

Gracias por corregirme

Raimundo Barbosa Barros

Amigo

Los casos que presentas son hermosos y tienen la calidad para estar en un libro.

Nunca dejas de sorprenderme con el material que has atesorado en tantos años de trabajo. Te felicito de Corazón.

Insisto, si Carlos puede decirnos cómo conseguir el Manual Latinoamericano de Electrocardiografía, ahí hay un capítulo donde desarrolló el algoritmo propuesto (el capítulo lo escribió Carlos y es muy Bueno!)..

Carlos, ¿cómo hacemos?

Adrián Baranchuk

TA atípica ou Coummel

Rogério Paixao

Queridos amigos:

Si Carlos no lee estos pedidos de Adrián, sugiero escriban a la **Directora del Comité Permanente de Educación Médica** de la Universidad Carolina Franco Ricart, responsable de la Edición. El mail es <cpem@felsocem.net>

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Hola amigos el libro fue gratuito y todos los 500 ejemplares se acabaron; he andado fuera de órbita por diversas razones pero ya estoy entrando en sintonía con el foro

Adrian en el curso de ECG de SIAC disponible en la web fue que yo escribí ese capítulo recuerdo que tu fuiste el director de ese curso con miles de participantes de todo el mundo. Abrazos desde el último mundo cuando Venezuela era tercer mundista vivíamos como reyes, tercer mundo esta en el podio es medalla de bronce estamos en el último mundo

Carlos Rodríguez Artuza

A no desanimarse amigo, Venezuela, a la larga triunfará porque tiene algo que escasea en el resto del mundo: ¡Venezolanos!

Un fuerte abrazo

Adrián Baranchuk