

Paciente masculino de 28 años que ingresa con palpitaciones rápidas que presenta taquicardia de QRS ancho – 2022

Dr. Juan Carlos Manzardo

Buenas noches estimado Foro, necesito vuestras opiniones sobre el siguiente caso

Paciente masculino de 28 años que ingresa por guardia general con palpitaciones rápidas, ansioso que comenzaron hace 30 minutos jugando al fútbol

1° episodio, sin otra sintomatología. Compensado

Sin antecedentes similares, no síncope, no antecedentes familiares de síncope a MS.

Niega consumo de sustancias ilícitas.

Covid19 negativo con 2 dosis de vacuna AZ.

ECG de ingreso, lo medicaron con lidocaína con resultado no exitoso. Luego CVE exitosa

¿Qué opinan del trazado?

¿TPSV con aberrancia?

¿TV?

¿Qué tipo de TV?

¿Origen de TV?

Adjunto

1) ECG QRS ancho

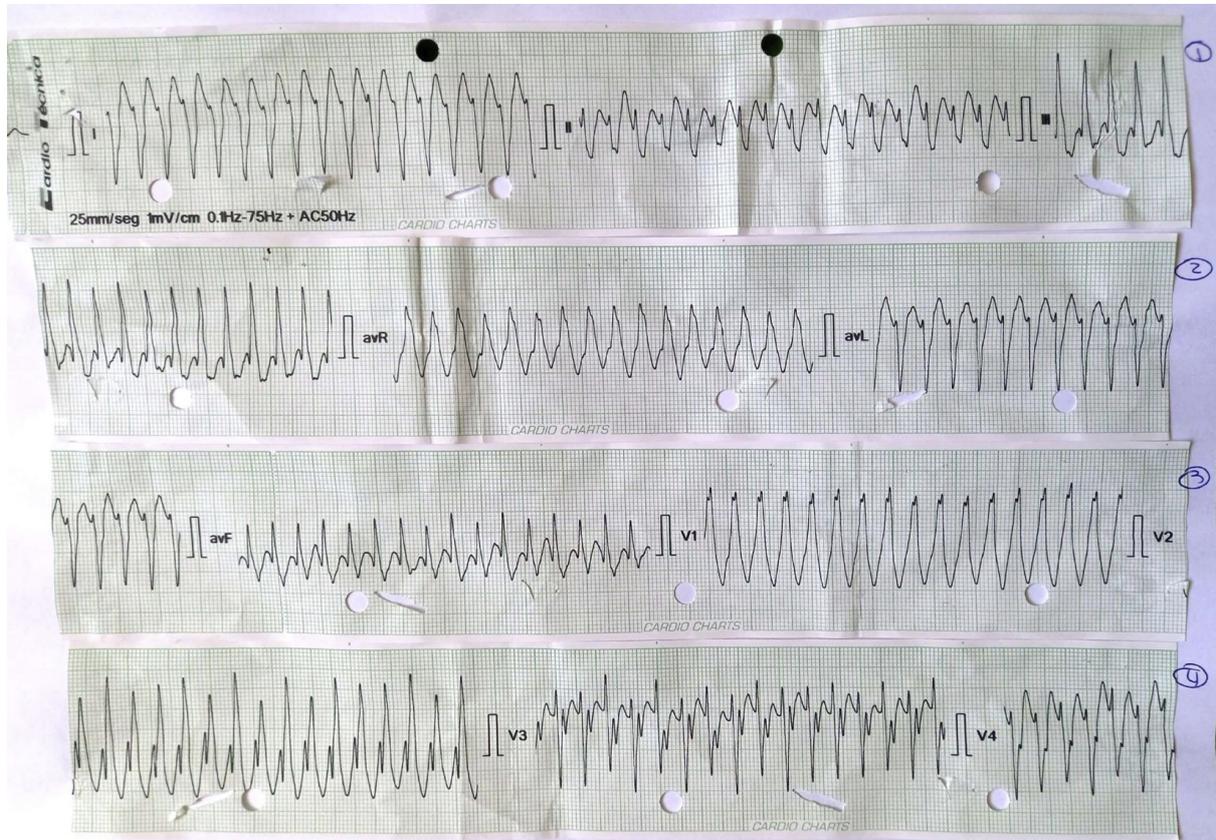
2) ECG post CVE

3) Ecocardiograma

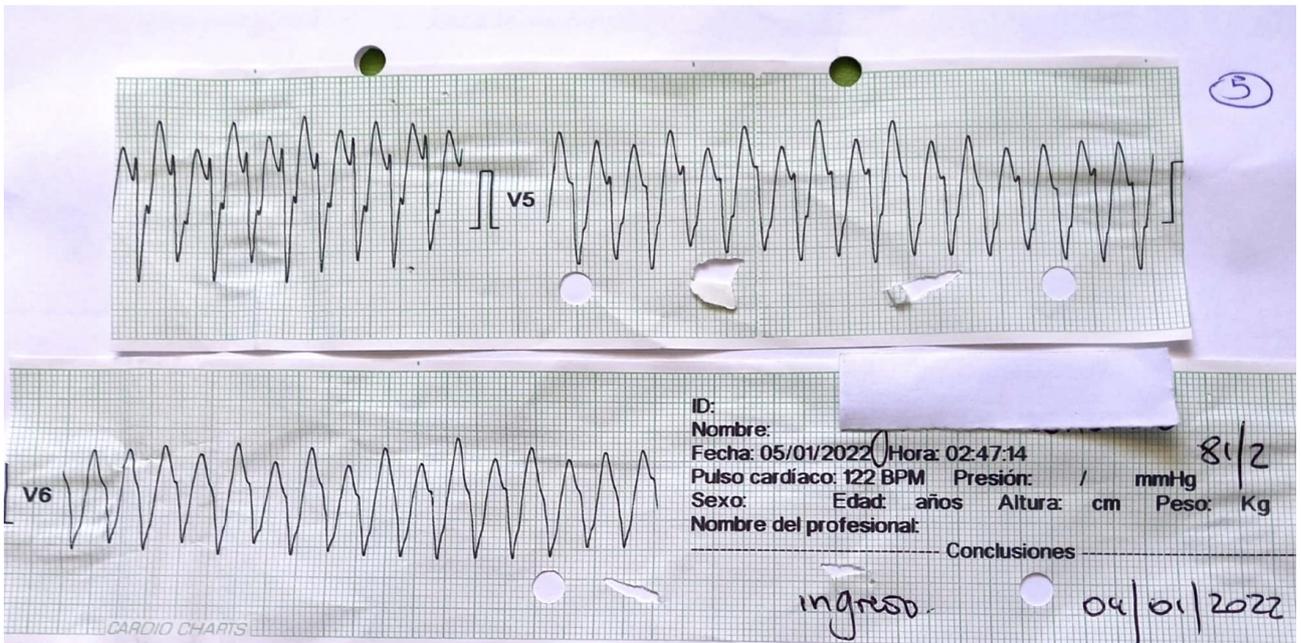
4) no tengo imágenes hHolter, solo 3 extrasístoles ventriculares tardías, una en fusión con latido sinusal.

Muchas gracias por su opinión!

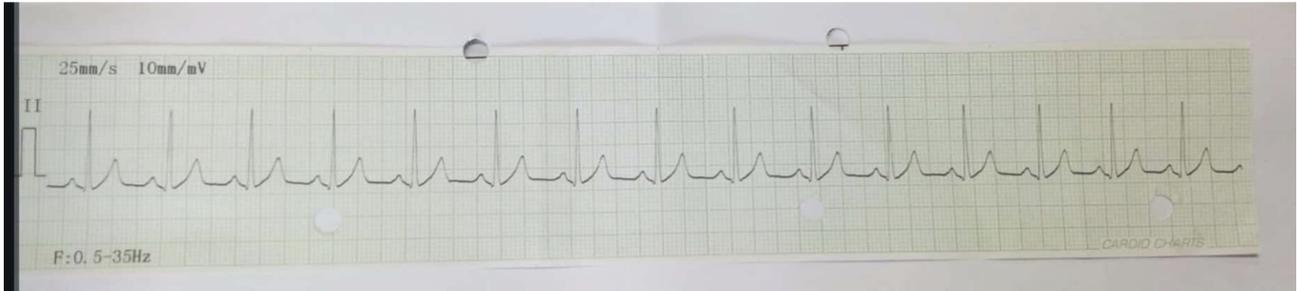
Juan Carlos Manzardo



Escaneado con CamS



Escaneado con CamS



Escaneado con CamS

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Juan:

En mi humilde opinión, tiene una taquicardia regular de QRS ancho (pero no tanto), con morfología de BRD^a.

Tiene DI negativo, lo que orienta a una taquicardia fascicular izquierda posterior.

Otra posibilidad, es que dada la discordancia del QRS entre DII y DIII, se trate de una taquicardia ventricular de músculopapilar anterolateral.

Saludos

Rodrigo Mella

Osorno, Chile

Hola Juan Carlos!!
Feliz año

Toda taquicardia regular de complejos QRS anchos es TV hasta no demostrarse lo contrario (90%). Mi análisis:

- Morfología de BRDHH y Eje 100 grados (TV: morfología de BRDHH con eje superior)
- No se ve clara disociación AV (forzando la vista y la imaginación, en III parece haber conducción V-A 1:1 a 120 ms del QRS)
- aVR positivo (TV: positivo)
- Hay complejos RS (TV: ausencia)
- Inicio R nadir S = 60-80 ms (TV: más de 100)
- rR en V1-V2 (TV: Rr)
- rS lateral (TV: qR o QS) -aunque V6 es dudoso-
- No tiene la morfología típica de una TV de corazón sano (TSVD: BRIHH con eje inferior; TV idiopática del VI: BRDHH "típica" con eje superior)
- Inicio del QRS normal con Onda S fragmentada y prolongada (TV: inicio fragmentado)

Conclusion: Taquicardia paroxística supraventricular desencadenada por ejercicio con BRDHH en corazón sano

Por supuesto, debe corroborarse con EEF
Abrazo!

Oswaldo Gutiérrez

Estimado Juan. ECG desafiante.

1. Paciente joven
2. Taquicardia inducida por el ejercicio
3. ECo normal.

por lo tanto taquicardia en corazón sano, aunque RM cardíaca podría encontrar algo más.

La taquicardia tiene imagen de BCRD en V1 y R en aVR, por lo tanto es del VI. el AQRS es inferior, Duración del QRS 120-130 mseg, (no es tan ancha), transición en V3 y rS en V6.

Por lo tanto pienso en una TV idiopática izquierda: 1) es una TV fascicular anterior izquierda (que puede ser inducida por ejercicio) o 2) del músculo papilar ant izquierdo (aunque en esta circunstancia el QRS debería ser más ancho).

Seguramente tendrás el diagnóstico y el tratamiento efectuado, y nos informará realmente cual fue esta arritmia.

Gran abtazo.

Oscar Pellizzón

RPTW en DII menor de 50 ms, muy de supra, el único criterio que pensaría en ventricular es el de Verekei, positivo en aVR, pero probablemente puede ser una vía oculta izquierda.

Finalmente estudio electrofisiológico y lo que muestre... el resto es aproximado.

Pablo Eduardo Perafan

Hola amigos

En principio les deseo un buen año que se inicia.

Gracias Juan Carlos por el caso presentado.

Mi opinión :

1. En contexto de un paciente joven de 28 años, por el eco que presenta, sin cardiopatía estructural , en principio el ECG se trata de una Taquicardia regular y duración de QRS no más de 120 ms, evocando una taquicardia ventricular idiopática sin cardiopatía estructural.

2. Ahora para decir el Origen de la misma, Primer paso:

por el análisis de los complejos en el plano horizontal tiene una imagen de BRD LIKE, es decir que nace de Ventrículo izquierdo.

Segundo paso :

el análisis de plano frontal, D2 y D3 muestra una particular DISCORDANCIA entre ellas, siendo D2 más negativa que D3 que es positiva, y la relación R/S en V5 ,V6 es < 1

Por lo tanto, evoca su origen en el músculo papilar posterior .

Otra posibilidad, es en la porción lateral posterior de estructuras de Anillo Mitral.

Este análisis está basado en el esquema de los Cuadrantes del corazón.

De todos modos, el Catéter y mapeo electroanatómico es el "Patrón" que definiría.

Síntesis

1. TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DE MÚSCULO PAPILAR/FASCÍCULO POSTERIOR o de ANILLO

2. o de ANILLO MITRAL

Saludos cordiales

Juan José Sirena

Estimado Juan Carlos,

Estoy de acuerdo que es una taquicardia ventricular. Imposible que sea aberrancia.

Origen más probable: musculo papilar ántero-lateral

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Buenos díasa todos.

Muchas bendiciones para este año nuevo 2022.

Juan. interesante caso.

Anexo un comentario sobre el posible diagnóstico de este trazado.

El algoritmo sobre el análisis de solo las derivaciones de los miembros apunta a una TV.

No obstante Oswaldo hace una elucubración diagnósticaque llevaríaa la conclusión que se trata de una TPSV con aberrancia y en ese sentido también es una posibilidad diagnóstica.

Ningún algoritmo es INFALIBLE

Veremos cual es el desenlace final para aprender cada dia mas.

Gracias

Solón Navarrete

Estimados colegas , muchas gracias por vuestras opiniones, no tenemos diagnóstico. Se le ha solicitado PEG y RMN con gadolínico, a pesar del ecocardiograma informado.

Adjunto Holter

Pensamos en TVI (fascicular anterior, pero nos dejaba dudas la imagen rS en DII discordando en DIII y aVF) o del músculo papilar anterior

HOSPITAL DR. ALFREDO I. PERRUPATO

SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Estudio CardioVex Holter - ECG de 3 canales

Paciente [REDACTED] Edad 28 Peso 77 KG Estatura 165 CM
Sexo Masculino Cobertura médica --- Teléfono 2634733806
Nº historia clínica --- Localidad JUNIN Provincia MENDOZZA
Dirección --- Modelo Marcapasos: ---
Fecha/hora inicio grabación 05/01/2022 09:20

Doctor R. JALIFF Referido por DRA. ESTEVEZ

Indicación/motivo TAQUIARRITMIA CON QRS ANCHO

Medicación/tratamiento BISOPROLOL

Observaciones ECG REPOSO NORMAL

Frecuencia cardíaca Media: 66 lpm Mínima: 46 lpm a las 01:57:00 Máxima: 108 lpm a las 09:53:00	Latidos - morfologías Normal: 92560 - (100.00%) Ventricular: 2 - (0.00%) Total de latidos clasificados: 92562
Extrasistoles ventriculares Total: 2 latidos Pares: 0 eventos Taquicardias: 0 eventos Taq. más extensa: 0 latidos a las --- Tripletas: 0 eventos Bigem.: 0 eventos Trigem.: 0 eventos	Promedio Desnivel ST Intervalo QT V1: 5.2 mm. 387 ms. II: 3.9 mm. 395 ms. V5: 3.6 mm. 397 ms.
Extrasistoles supraventriculares Total: 0 latidos Pares: 0 eventos Taquicardias: 0 eventos Taq. más extensa: 0 latidos a las --- Tripletas: 0 eventos	Bradicardia - pausas Bradicardia (FC < 50 bpm): 150 eventos Pausas (RR > 2.0 seg.): 0 eventos Pausa más larga: 0.0 seg.
Análisis de variabilidad de la frecuencia cardíaca SDNN: 155 ms. RMSSD: 56 ms. SDNN index: 83 ms. PNN50: 24 % SDANN index: 129 ms.	

Conclusiones

- SE REALIZA HOLTER DE 24HS QUE EVIDENCIA:
- 1- RITMO SINUSAL PERMANENTE.
 - 2- SE OBSERVAN DOS EXTRASISTOLES VENTRICULARES AISLADAS SIN FORMAS SOSTENIDAS NI COMPLEJAS
 - 3- NO SE OBSERVAN OTRAS ARRITMIAS
 - 4- NO SE OBSERVAN PAUSAS NI TRASTORNOS DE CONDUCCION
 - 5- NO SE OBSERVAN CAMBIOS ISQUEMICOS POR ESTE METODO
 - 6- TENDENCIA A BRADICARDIA SINUSAL
- NO SE REPORTARON SINTOMAS.-

Muy interesante caso

Coincido en pensar como Mario por algoritmo

Son datos interesantes D1 discordancia entre D2 y D2 en la polaridad. Una relación $R/S < 1$

Además que podría corresponder a una localización en mpp o región del sumit

Alfredo Cagnolatti

