

Paciente de 28 años con cuadro súbito de palpitaciones durante la madrugada – 2012

Dr. Tomás Bermúdez Izaguirre

Paciente de 28 años con cuadro súbito de palpitaciones, acompañado de datos de gasto bajo, (en 3 ocasiones ha tenido este cuadro de TPA) durante la madrugada

ingresa al servicio de urgencias (ecg 1), cuadro que cede espontáneamente (ecg 2), tratado con metoprolol a su egreso.

Sin antecedentes de patología cardíaca estructural por eco

No tabaquismo ni alcoholismo ni drogas

El Examen Físico sin datos que consignar.

¿Qué más estudios sugieren?

Saludos

Dr. Tomás Bermúdez Izaguirre

17-Jul-1984
Male
Room: 2011
Loc: 4 Opt:

Vent. rate 91 bpm
PR interval 164 ms
QRS duration 110 ms
QT/QTc 374/460 ms
P-R-T axes 28 78 24

ID: 000038180

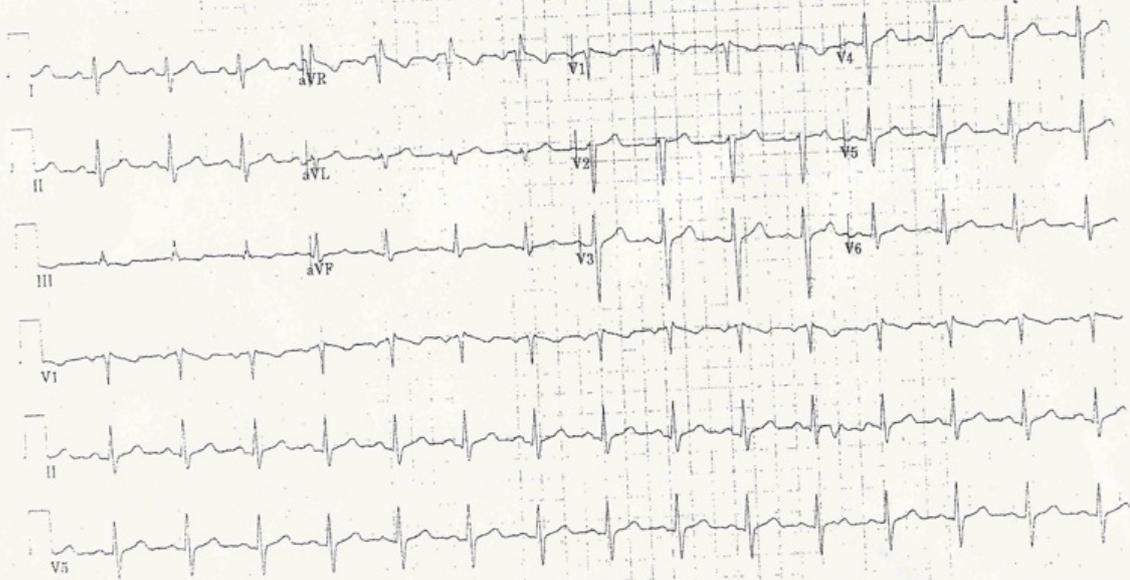
5-Jan-2012 5:02:14

Normal sinus rhythm
Normal ECG

Technician: MOR
Test ind: ROUTINE

Referred by: SHAH, J

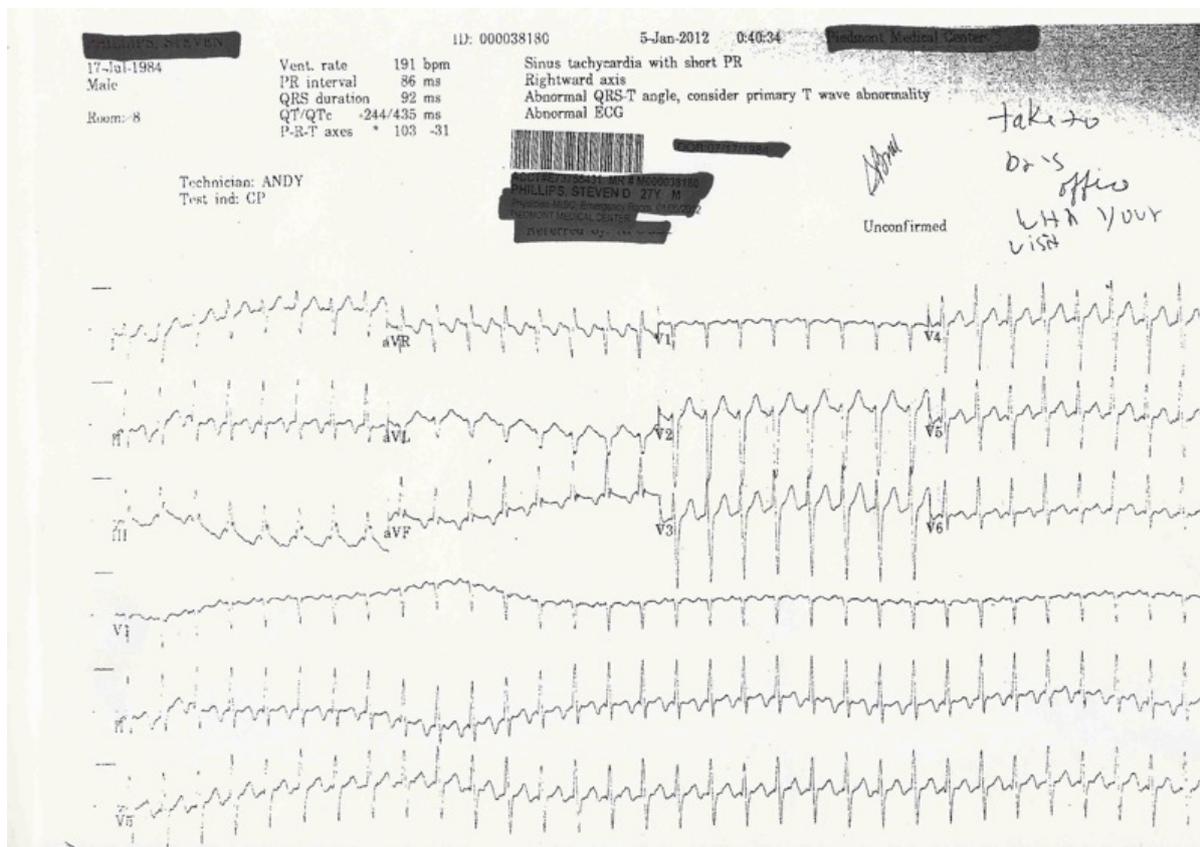
Unconfirmed



4 by 2.5s + 3 rhythm lds

MAC5K 008A

II 1251 v235



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Izaguirre

Gracias por compartir su caso en el foro. Antes de darle mi opinión, algunas coinsideraciones:

Los datos clínicos son importantes, como cardiólogos y clínicos, la clínica es soberana.

Ud menciona signos de bajo gasto. Eso es raro de ver en un paciente de 28 años, sin

cardiopatía estructural y con una taquicardia de QRS angosto, si bien es rápida. Por eso, los datos clínicos de bajo gasto deben ser descriptos con detenimiento. ¿Qué presión arterial tenía? (por ejemplo).

En segundo lugar, antes de plantearse qué estudio realizar, Ud debiera plantearse el diagnóstico. ¿Cuál fue el diagnóstico al egreso de la ER? ¿Cómo fue caratulado el caso? Entonces, aquí hago una pausa para darle una idea del algoritmo diagnóstico a seguir:

1. Taquicardia de QRS angosto (>90% son de origen supraventricular). Con eso Ud descarta casi todas las TV.

2. REGULAR (con eso Ud descarta FA -la arritmia más frecuente de presentación clínica- y el Flutter con conducción variable).

3. Ubicación de la onda P (antes, durante o después del QRS). En su caso, la onda P parece estar después del QRS y es negativa en la cara inferior.

- Aquí Ud debe medir la relación entre la R y la P. En su caso, el $RP > PR$. Estas taquicardias se conocen como taquicardias de RP largo. La causa más frecuente es la REENTRADA INTRANODAL ATÍPICA, donde la vía rápida es el brazo anterógrado y la lenta el retrógrado. Martín Ibarrola tiene un cuadro bien bonito con la descripción, tal vez pueda enviárselo.

Hay vías accesorias que pueden producir un RP bien largo, conocidas como Taquicardias de Coumel.

El diagnóstico diferencial es la Taquicardia auricular originada en la cercanía del seno coronario, y por supuesto, el flutter debe ser descartado.

Por fin, ahora sí puede plantearse qué estudio hacer.

El estudio indicado en este caso es un Estudio electrofisiológico y ablación del mecanismo de la taquicardia. Si se confirma mi presunción de reentrada intranodal atípica, la ablación de la vía lenta tiene un éxito >98% con una tasa de complicación < 1%.

Espero que esta explicación le resulte útil

Salud

Adrián Baranchuk

Gracias por sus comentarios

Tomás Bermúdez Izaguirre