

**Mujer de 35 años de edad, sin
cardiopatía, ablacionada por una
taquicardia por reentrada nodal
que consulta por episodios
recurrentes, estando recibiendo
propafenona - 2017**

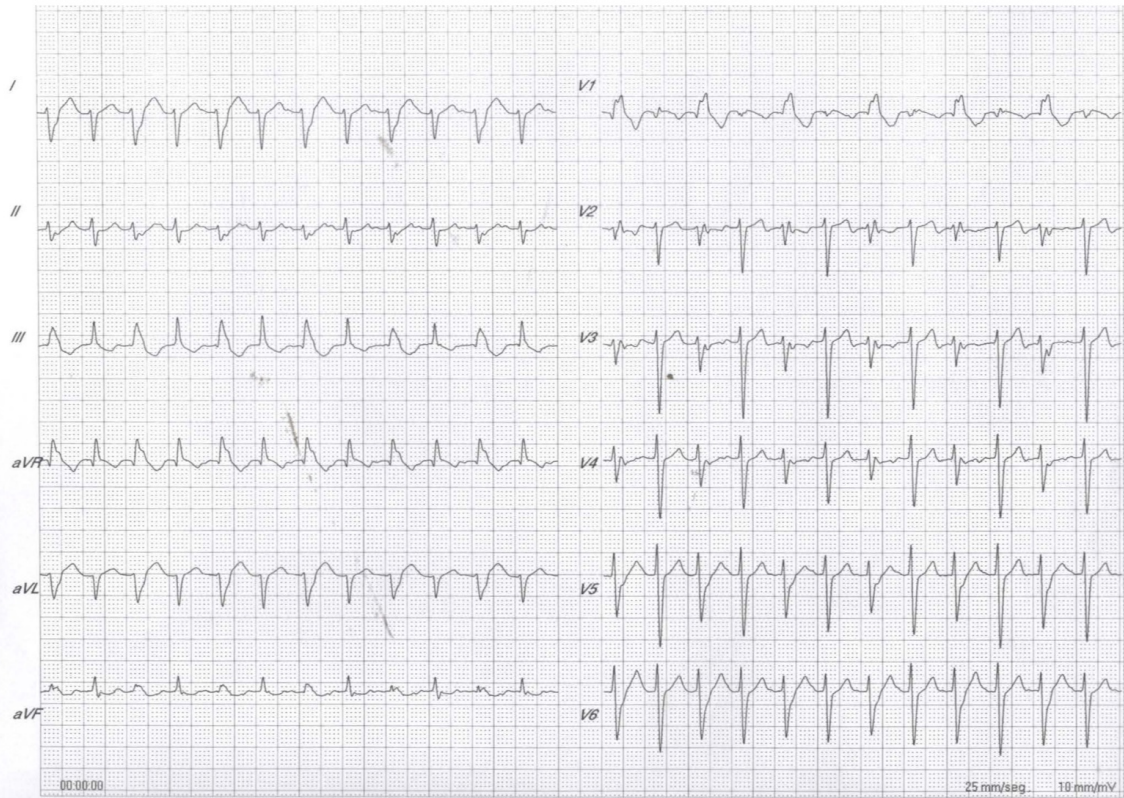
Dr. Miguel Vicente Solá

Buen día, quisera su opinión sobre este electro en taquicardia, de una paciente mujer, de 35 años de edad, sin cardiopatía, ablacionada hace dos años por una taquicardia por reentrada nodal, aparentemente efectiva sobre la vía lenta. Consulta por episodios recurrentes, estando recibiendo propafenona 150mg/2 x día.

Desde ya muchas gracias.

--

Miguel Vicente Solá

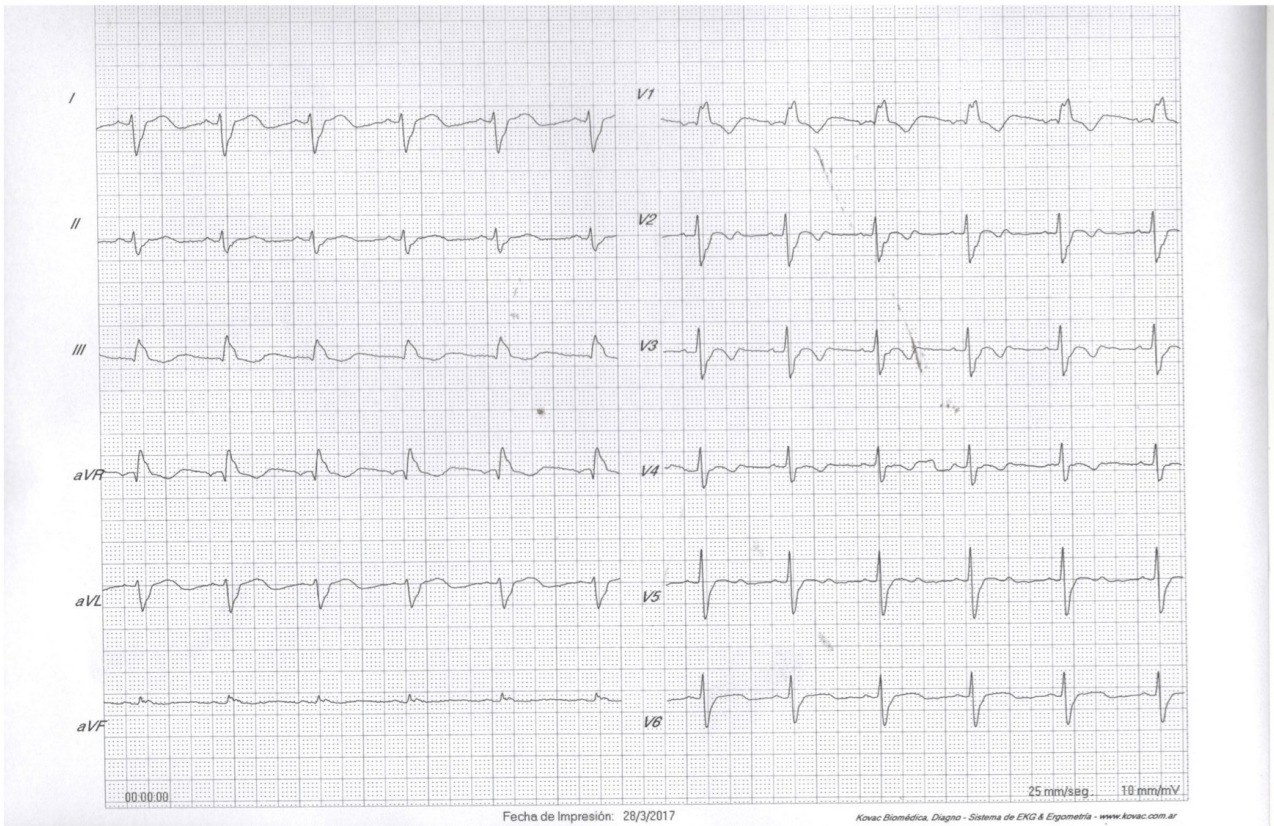


00:00:00

Fecha de Impresión: 28/3/2017

25 mm/ség 10 mm/mV

Kovac Biomédica, Diagn - Sistema de EKG & Ergometría - www.kovac.com.ar



OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Dr Sola,

Agradezco comparta estos trazados tan interesantes. Con humildad apporto lo que pienso.

La paciente tiene BRD en ritmo sinusal y alternancia 2:1 en la rama derecha en taquicardia, impresionado conducción AV anterógrada fisiológica en los latidos angostos.

Interesantemente, en los latidos con aberrancia (no es aberrancia en realidad ya que hay BRD basal, yo diría en los latidos en los que la rama derecha no recupera conducción anterógrada), se visualiza algo mejor la actividad auricular con respecto a los latidos angostos.

Observo un intervalo RP corto con onda P positiva en cara inferior y positiva en D1. Sumado a esto, creo ver en V3 y V4 actividad auricular entre los QRS, más allá de los previamente mencionados latidos auriculares con RP corto.

Es decir, actividad auricular con conducción anterógrada 2:1.

Habiendo considerado el antecedente de reentrada nodal, es difícil pensar primeramente en otra etiología, pero no creo que sea lo mismo. Impresiona taquicardia auricular, de probable origen cercano a la crista, ya que esperarí que la onda P sea más angosta para pensar en origen septal.

La fisiología de la recuperación de la conducción de la rama derecha con la disminución de longitud de ciclo auricular me resulta fascinante.

Seguramente me equivoqué pero me parece válido aportar para compartir opiniones y aprender.

Cordiales saludos,

Horacio Quiroga Ponce

Estimado Dr. Sola,

El ECG en ritmo sinusal es muy anormal, por lo cual no diría que no tiene cardiopatía. Hay que buscar la etiología.

Tiene un bloqueo de rama derecha con un eje en el plano frontal dirigido hacia la derecha con T negativas en V1-V4 consistentes con agrandamiento del ventrículo derecho.

Las ondas P durante la taquicardia son positivas in DII y en aVF por lo cual no creo que sea reentrada nodal.

No veo bien las ondas P pero creo que hay ondas P antes de cada QRS (tanto los más anchos como los más angostos).

Me impresiona más como una taquicardia auricular.

No se cómo explicar los QRS más angostos. ¿Fase supernormal?

Saludos,

Mario D. Gonzalez

Estimados doctores.

Es un gusto aprender con ustedes.

Como dice el Dr. Gonzalez el ECG en ritmo sinusal tiene un AQRS inferior derecho, impresiona un probable crecimiento auricular izquierdo, tiene un bloqueo de rama derecha de alto grado atípico.

Es atípico porque el vector inicial va hacia la izquierda, abajo y hacia atrás (tiene q en V1) con anomalías de la repolarización en cara ánteroseptal (inversión simétrica de la onda T de V1 a V4) eso impresiona una cardiopatía estructural del VD (o sobrecarga derecha del VD o DAVD).

En taquiarritmia no es tan regular es cierto que hay un bloqueo de rama alternante que no se explicaría ni por fase 3, talvez alguien que me explique mejor si es conducción gap o supernormalidad y las ondas P se ven positivas en cara inferior y V1 (taquicardia auricular) pero en el último latido veo una P de otra morfología.

Saludos.

Diego Villalba Paredes.

Perdón por no mencionarlo, tiene un ecocardiograma normal.

Yo pensé que a lo mejor el bloqueo de rama podría haber sido secundario a una lesión durante el procedimiento.

Saludos

Miguel Vicente Solá

El bloqueo de rama por manipulación de catéteres es transitorio. No creo que la ablación sea responsable ya que se hace debajo del nódulo AV.

Es un bloqueo de rama muy patológico. Lo mismo es eje hacia la derecha y la sobrecarga de volumen del VD.

Mario D González

Hola! Seria aclaratorio conseguir el ECG pre ablación.

El BRD es intermitente con conducción 2:1 en fase supernormal.

Saludos

Gerardo Nau

Algún bloqueo de rama derecha he visto en el manejo de los electrocatéteres y se ha impactado la rama derecha y no siempre con carácter transitorio sino ya permanente. Y algún caso también de fuerte impactamiento sobre el tórax con el volante del coche en impacto o golpe brusco impactando también dicha rama. No aludo a este caso en cuestión sino en sentido genérico de qué aunque son muy infrecuentes pueden darse.

Juan Ignacio Valle Racero

Buenas tardes al equipo.

Humildemente doy mi opinión del ECG: es un BCRD bastante particular, no diría que es un bloqueo inocente, tengo la impresión de que en algunas derivaciones presenta una onda ϵ , con una alteración muy patológica en las fuerzas finales del QRS. Muy semejantes a DAVD, si bien el eco da mucha información se tendría que evaluar, creo yo, con RMN con realce tardío para descartar esta patología.

Celeste Damico

Buenas tardes a todos los integrantes de este foro.

Este ECG es muy interesante. Estoy de acuerdo con muchas de las opiniones realizadas anteriormente.

Observo durante la taquiarritmia una onda P con un RP mayor que el PR (160mseg) por lo cual me impresiona como una taquicardia auricular a 150 latidos por minuto.

El electrodo de V1 creo que está colocado en una posición alta, ya que la onda P es negativa en dicha derivación. El primer vector se ubica alrededor de los $+15^\circ$, puede ser que se oriente hacia atrás o quizás la derivación V1 lo registre como negativa por su ubicación espacial. El vector de R está en alrededor de los 140° y el bucle rota horario, con una imagen q/R en aVR que impresiona de HVD.

El que se visualice en forma intermitente el BRD durante la taquiarritmia estoy de acuerdo con Gerardo que es por un fenómeno de supernormalidad.

Afectuosamente

Isabel Konopka

Amigos vean que raciocinio interesante el de nuestro querido Maestro Melvin Sheimann de California sobre este caso del Dr. Solá.

Como se me quemaron los libros le mandé a este guru en electrofisiología.

Y lo mas delicioso de este gigante es su paquidérmica humildad (Melvin fue el pionero en utilizar la ablación en humanos en 1982.

Él aplicaba alta energía para destruir el haz anómalo en el WPW.

Sheinman es considerado el pionero de esta técnica (**J Am Med Assoc 1982; 248:851–5.**).

Thank you for sending this most remarkable tracing. During sinus rhythm there is a wide RBBB contour-perhaps related to use of Propafenone. Was it present prior to drug therapy? The rhythm shows alternate RBBB and narrow beats with alternate short (narrow to RBBB) and slightly longer (RBBB to narrow) cycle lengths (best appreciated in V3).

Remarkably note the sinus rate is identical between the 2 tracings. I tried hard to map out atrial flutter with out success but this can be excluded with carotid massage or Adenosine-did you do this?

Finally, I think we have sinus rhythm with a 2:1 response the beat using the fast pathway is conducted with RBBB,the subsequent beat proceeds over the slow pathway with sufficient delay in the slow path way to allow for recovery of the RBB and gives the narrow complex.

One does not encounter this delay during sinus hence all beats are conducted with RBB pattern. If I am correct this should be cured with a repeat ablation of the Slow pathway. I eagerly await your response and corrections. I always learn from you.

Melvin

Baseline SR with RBBB-LPFB, conducting down LAF.

Tachycardia was on time and regular with alternating loss of RBBB.

My guess is recurrent AVNRT with phase-3 block and equal delay in LAF?

Still, very abnl ECG for a 33 yo even on propafenone?

From Henry Hsia