

Taquicardia con QRS estrecho: ¿taquicardia supraventricular o ventricular fascicular?

Narrow-QRS Tachycardia: Supraventricular or Fascicular Ventricular Tachycardia?

JANY RODRÍGUEZ LONDRES, TERESA SOBRINO LÓPEZ

Las imágenes corresponden a una paciente con antecedentes de disfunción ventricular izquierda isquémica con infarto antiguo inferolateral no viable y episodios recurrentes de taquicardia con QRS estrecho, a quien se le realizó un estudio electrofisiológico.

La Figura 1 A muestra el electrocardiograma de base con ritmo sinusal y bloqueo de rama izquierda. En la Figura 1 B se pueden apreciar complejos ventriculares con imagen de bloqueo de rama derecha en parejas y tripletas, así como un episodio de taquicardia con QRS estrecho con igual polaridad que los anteriores descriptos y disociación AV, por lo que se sospechó el origen ventricular de esta taquicardia estrecha.

La Figura 2 A muestra el estudio electrofisiológico para el cual se introdujeron dos catéteres que llegan hasta His y VD alto por vía femoral. Se observa un latido sinusal, pues presenta la deflexión de His y HV normal, seguido de cuatro respuestas repetitivas monomórficas iguales a la taquicardia, que son de origen ventricular, ya que la deflexión de His no se reconoce claramente por estar superpuesta con el electrograma ventricular, así como una actividad auricular disociada. Posterior al último latido ventricular aparece uno sinusal que tiene un AH prolongado por conducción oculta.

En la Figura 2 B se aprecia la inducción de una taquicardia ventricular de más de 220 ms desde VD alto con dos extraestímulos, que luego cesa espontáneamente.

El caso ilustra una taquicardia ventricular fascicular posterior en una paciente con enfermedad cardíaca estructural, lo que suele ser poco frecuente, pues la mayoría se presenta en sujetos con corazón sano. Se caracteriza por una duración del complejo QRS inferior a 140-150 ms y fuerzas iniciales rápidas (RS intervalo de 60-80 ms), morfología de bloqueo de rama derecha y eje a la izquierda, lo que sugiere que la salida del circuito se encuentra en el tabique posteroinferior. Latidos de captura y ritmos de fusión pueden estar presentes, así como disociación auriculoventricular, lo que sugiere el diagnóstico de taquicardia ventricular en lugar de taquicardia supraventricular. En la derivación DI, cuando el QRS es predominantemente positivo sugiere un origen en la región medioseptal-posterior; a diferencia de cuando es isodifásico o negativo, en el que el origen es más apical.

El tratamiento de primera línea es el verapamilo. Debido a su excelente pronóstico, el tratamiento a largo plazo dependerá de la gravedad y frecuencia de los síntomas. La ablación con catéter se recomienda



Fig. 1. Véase descripción en el texto.

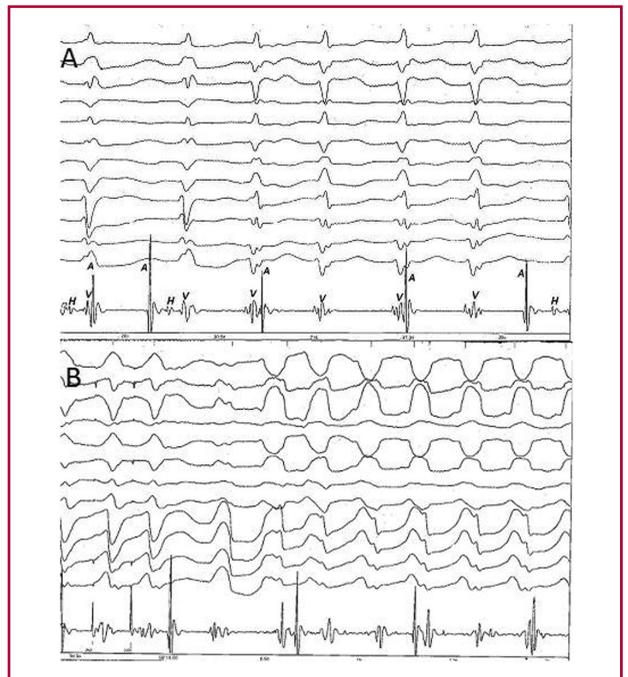


Fig. 2. Véase descripción en el texto.

cuando los síntomas son graves y el tratamiento farmacológico no es eficaz.

Declaración de conflicto de intereses

Las autoras declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).