

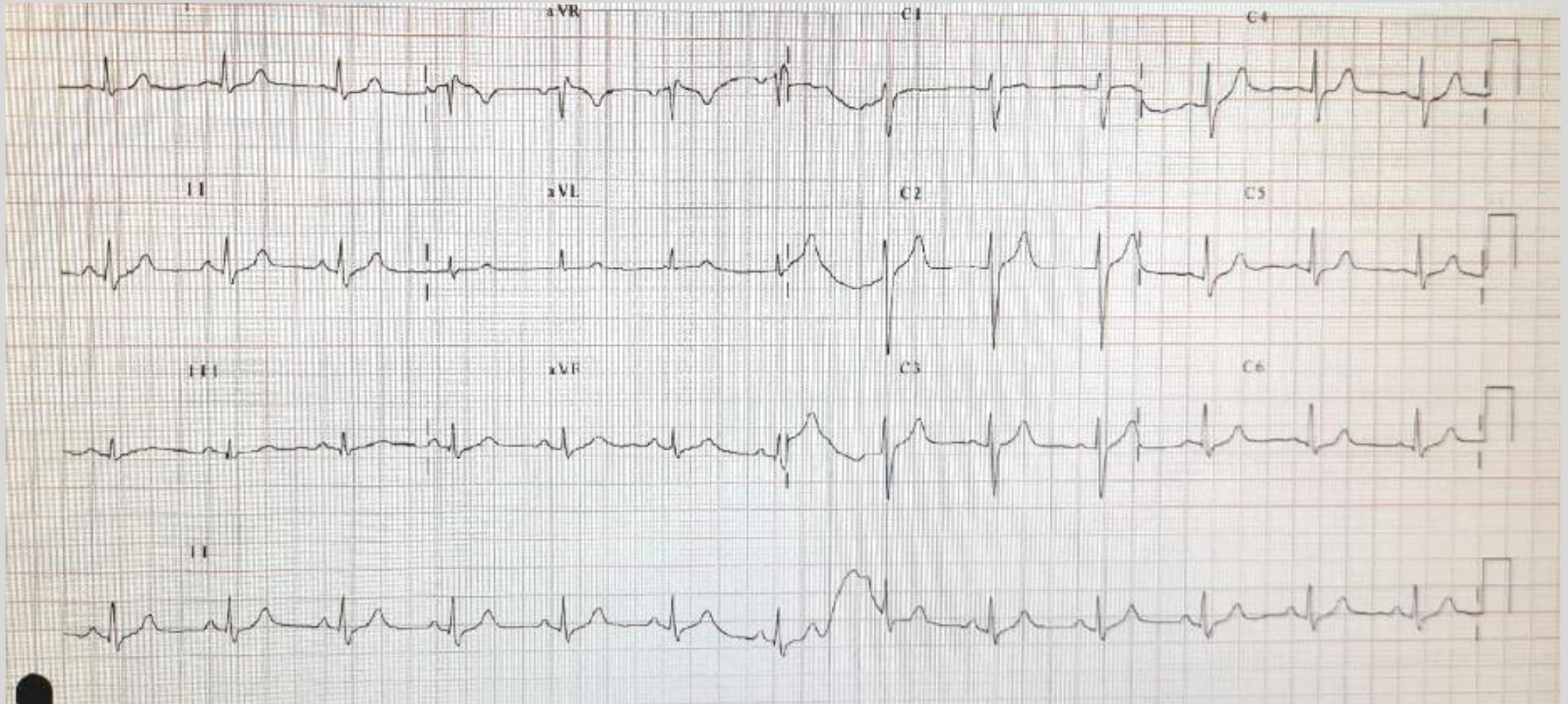


**“LA ARRITMIA EN EL
EXAMEN”**

- Mujer de 42 años.
- Fumadora 10 cigarrillos/día
- Hª Cardiológica: Valorada en 2019 por palpitaciones de larga evolución. No registradas en ECG en ese momento. ECG Basal (se adjunta).
Ecocardiograma: Ausencia de cardiopatía estructural.
- Se planteó inicio de bisoprolol 2,5 mg/24h y se insistió en la importancia de documentar el episodio en ECG. Retiró BB tras 2 meses por cuenta propia (asintomática; atribuyó palpitaciones a situación de estrés).
- Otros antecedentes: Sdre ansioso. Fx fémur 2015 tras caída casual.
- Tratamiento habitual: Lorazepam.

- **En el último mes presenta dos episodios de palpitaciones.**
Uno de ellos la despertó y duró 30 minutos. Cuando llegó al centro de salud estaba en ritmo sinusal.
- El segundo, durante oposición que llevaba preparando durante el último año. En centro de salud se realiza ECG (ver registro de taquicardia).

ECG BASAL (CONSULTA DE CARDIOLOGÍA)



ECG TAQUICARDIA (día de la oposición)



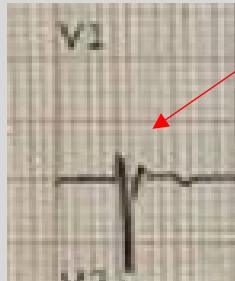
¿Cuál es tu sospecha diagnóstica?

- a. Flutter auricular
- b. Taquicardia intranodal
- c. Taquicardia auricular monofocal
- d. Taquicardia sinusal inapropiada

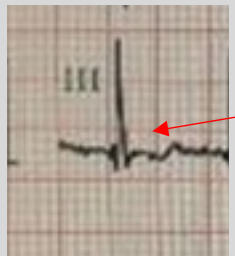
¿Cuál es tu sospecha diagnóstica?

- a. Flutter auricular
- b. Taquicardia intranodal**
- c. Taquicardia auricular monofocal
- d. Taquicardia sinusal inapropiada

ECG TAQUICARDIA (DIA DE LA OPOSICIÓN)

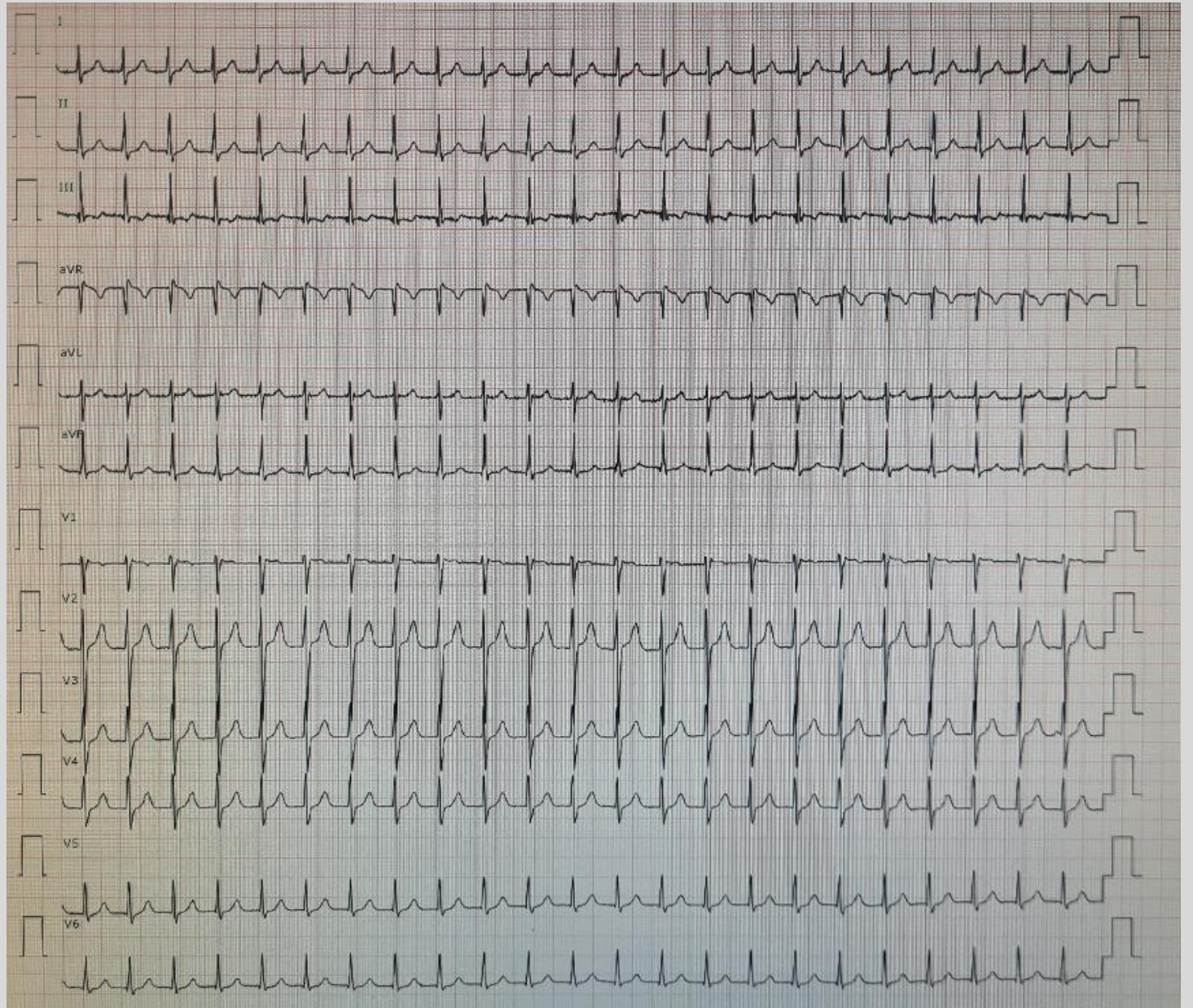


Pseudo-R' en V1



P retrógrada en
cara inferior con
RP corto

**** Ambas alteraciones ausentes
en ECG basal**



** Se intenta maniobras vagales y, ante la persistencia de la taquiarritmia se administra ADENOSINA iv que resulta exitosa, pasando a RS.

** Se inicia tratamiento con BISOPROLOL oral

** Se solicita a Estudio electrofisiológico e intento de ABLACIÓN. Se realiza a los 3 meses ablación que resulta exitosa.

** Nos envía postal para compartir con nosotros que este año **ha aprobado la oposición!!!**



DATOS PARA RECORDAR SOBRE LA TAQUICARDIA INTRANODAL

¿**Frecuencia?** Es la TSV más frecuente ($\approx 75\%$ en algunas series)

¿**Denominación?** Taquicardia reentrante nodal, taquicardia intranodal, taquicardia por reentrada de la unión AV o taquicardia reciprocante de la unión.

¿**Edad y Sexo?** Más frecuente en ♀ (2:1). Edad media (40-50 años)

¿**Localización?** Arritmia que se genera en la región nodal en el Triángulo de Koch.

¿**Componentes?** Consta de 2 vías (lenta y rápida) y participa el nodo AV.

1.- Vía de conducción lenta con Período refractario corto.

2.- Vía de conducción rápida con Período refractario largo.

¿**Tipos de TIN según circuito de reentrada?**

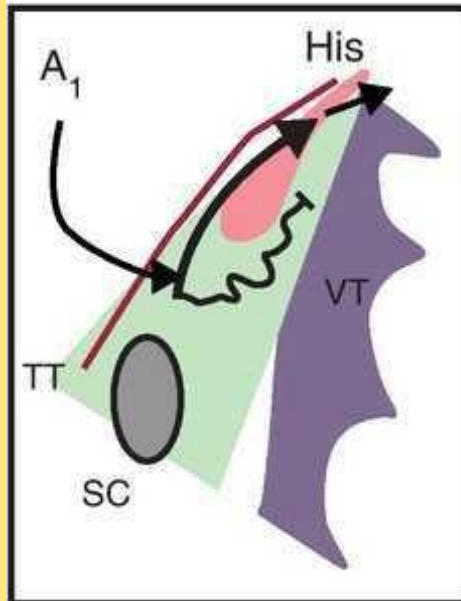
TIN común (típica o lenta-rápida): Es la variedad más frecuente (80-90%). El impulso baja por la vía lenta y sube por la rápida.

TIN no común (atípica o rápida-lenta): Es menos frecuente (5-10%). El impulso baja por la vía rápida y sube por la vía lenta. También puede producirse reentrada entre 2 vías lentas (lenta-lenta).

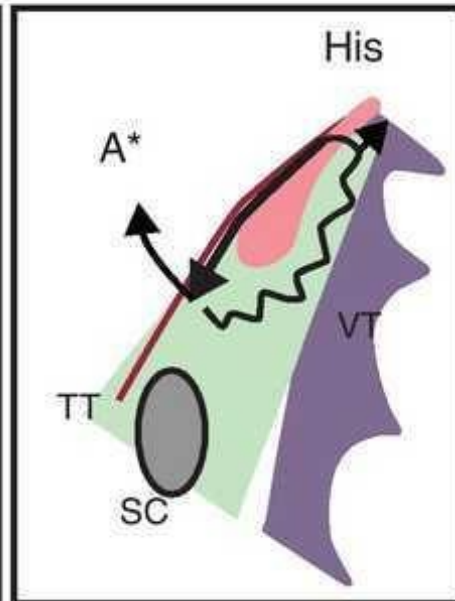
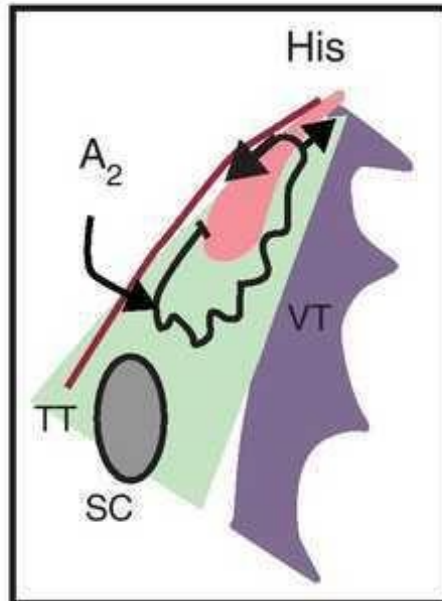
¿Características electrocardiográficas?

- Taquicardia regular **120 – 220 lpm**
- Taquicardia con RP corto. La P retrógrada puede estar oculta en el QRS produciendo un patrón de **pseudo-R'** en V1 y **pseudo-S** en derivaciones inferiores. Dado que la aurícula se activa “de abajo arriba” la **onda P retrógrada es negativa** en derivaciones inferiores.
- En caso de TIN no común, la P retrógrada está retrasada y el RP es largo. La P es negativa en derivaciones inferiores.
- En \approx **25-50%** de las ocasiones se puede observar descenso de ST sin que exista enfermedad coronaria.
- En \approx **40%** de las existe inversión de onda T transitoria tras el cese de la arritmia (memoria eléctrica).

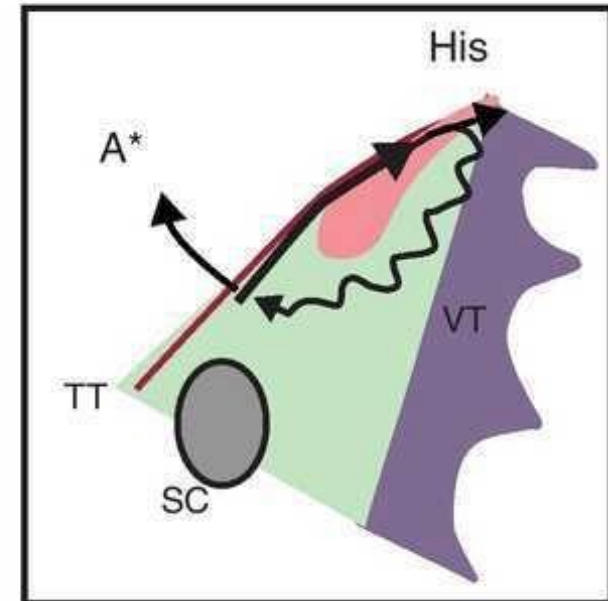
A



Común



B



No común

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.11.026

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.11.026

