



6001-16. NO TODAS LAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES DEL VENTRÍCULO DERECHO DE EJE INFERIOR SON DEL TRACTO DE SALIDA

Adriana Pérez, Hugo González Saldivar, Alfredo Meza, Víctor Rojas Dure y Javier Galeano

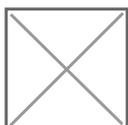
Hospital de Clínicas, División de Medicina Cardiovascular, Asunción, Paraguay.

Resumen

Introducción y objetivos: Habitualmente las taquicardias del ventrículo derecho de eje inferior corresponden a aquellas originadas en el tracto de salida de este (TSVD). Sin embargo, existen ciertas características electrocardiográficas que nos deben hacer sospechar de una probable displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD).

Métodos: Estas taquicardias pueden compartir una morfología QRS de bloqueo de rama izquierda (BRI)/patrón de eje inferior, y la diferenciación entre estas 2 entidades es primordial. Existen algunos datos electrocardiográficos que pueden hacernos sospechar de una u otra entidad. La presencia de inversión de la onda T en V1 a V3 en el ritmo sinusal normal puede ayudar al diagnóstico de DAVD. Durante la TV existen ciertos criterios electrocardiográficos sugerentes de DAVD como ser una duración media del QRS en la derivación I > 150 ms, transición en tardía en precordiales (V4, V5, V6) o la presencia de muescas (*notch*) en al menos una derivación en precordiales.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 67 años que consultó por dolor intenso en epigastrio de 3 días de evolución que se acompañó de náuseas y palpitations. En el ECG (fig. A) se observó TV monomórfica con eje inferior e imagen de bloqueo de rama izquierda. El paciente presentó signos de hipoperfusión como alteración del estado de conciencia y miembros fríos, por lo que se realizó CVE con 200 J, retornando a ritmo sinusal, y mejorando su estado general. Entre las pruebas complementarias el ECG en ritmo sinusal mostró ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 60 lpm, eje izquierdo, HBAI, onda T simétrica negativa en V1-V4 (fig. B). Ante la sospecha clínica, un ecocardiograma TT que podría ser sugerente de DAVD y sobre todo la sospecha electrocardiográfica. (Fig. 1C y D) (T negativas de V1 a V4 en RS, en TV QRS > 150 ms en I, transición tardía en precordiales, *notch* en precordiales) se solicitó RMN cardíaca que confirmó el diagnóstico de DAVD.



A: ECG en ritmo sinusal. T negativas de V1 a V2 (flechas rojas). Onda epsilon flecha azul. B: Taquicardia ventricular. Notch (flecha verde). Transición en V4 (rectángulo azul). QRS en I y II 150 ms. C: RMNc.

Conclusiones: Es importante distinguir y valorar estas características en las TV de morfología BCRI de eje inferior, de modo a orientar el posible diagnóstico (TV del TSVD vs TV x DAVD). Los parámetros electrocardiográficos como los descritos en este caso pueden ayudar a orientar al médico hacia un

diagnóstico adecuado.