

Electro-Reto

Respuesta al ECG de junio de 2019

Response to ECG, June 2019

Gonzalo Fernández Palacios^{a,b,*}, Pablo Elpidio García-Granja^{a,b} y David Dobarro^{a,b}^a Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV), Madrid, España

Recibido el 25 de mayo de 2018/Aceptado el 25 de mayo de 2018

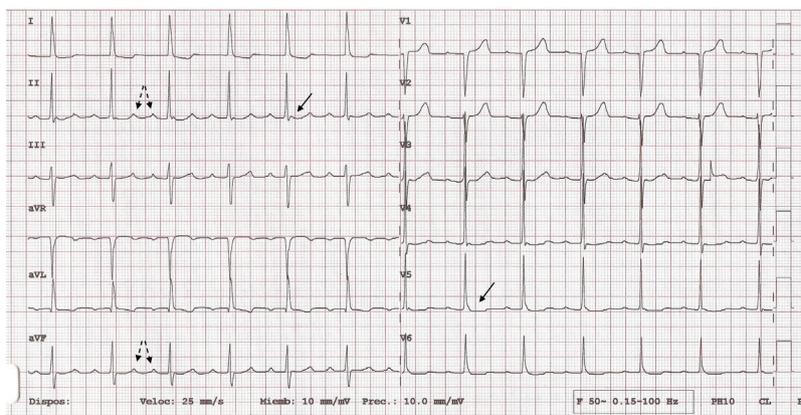


Figura 1.

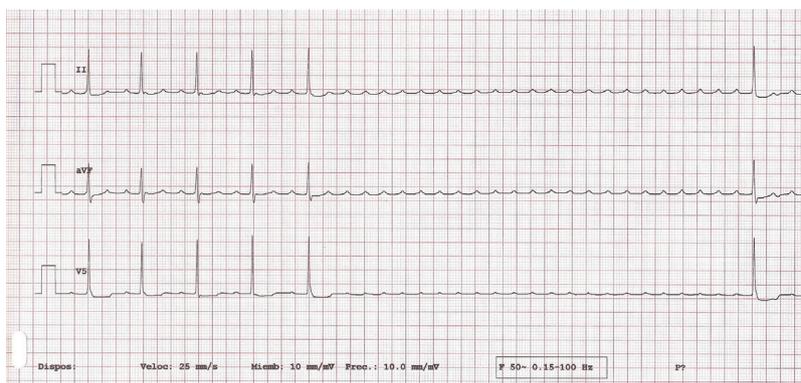


Figura 2.

El electrocardiograma puede confundirse con un ritmo sinusal con PR largo (240ms); sin embargo, si se analiza detenidamente, se observa que la teórica onda P es negativa en aVL. Se trata de una taquicardia supraventricular con longitud de ciclo auricular de 250 ms y conducción auriculoventricular 3:1 (80 lpm) tras la toma de bloqueadores beta. La actividad auricular queda integrada en los complejos QRS y en la onda T, por lo que puede pasar inadvertida, pero se puede observar principalmente en las derivaciones II y aVF (figura 1). El masaje del seno carotídeo (figura 2) como primera medida confirma el diagnóstico (por lo tanto, la respuesta 2 es la correcta) al inducir un bloqueo auriculoventricular transitorio que permite observar claramente la actividad auricular, y el estudio electrofisiológico permitirá clasificar y tratar después la arritmia en concreto (respuesta 3, incorrecta). Las pruebas de monitorización electrocardiográfica no tendrían valor diagnóstico en este caso (respuestas 1 y 4, incorrectas).

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.035>

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: gfpalacios@hotmail.com (G. Fernández Palacios).

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.034>

0300-8932/© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.