

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA CON CONDUCCION ABERRANTE Y CARDIOPATIA SEVERA: DESAFIO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO



SANATORIO
9 DE JULIO

AUTORES: MORMINA E, GARGIULO M, GALLEGO F,
PATERLINI G, MONTOYA P.



-Motilidad de Consulta: disnea paroxística nocturna y disnea progresiva

-Enfermedad Actual: masculino de 83 años, refiere cuadro clínico de 2 semanas de evolución de disnea paroxística nocturna y disnea progresiva en la ultima semana de cf II a III, edemas en miembros inferiores.

-Antecedentes: HTA, ACV en 2016,
sin secuelas, IRC

TTO: con telmisartán 40mg,
rosuvastatina 20 mg.

-Laboratorio: cr: 2.84

-Diagnostico: Insuficiencia Cardiaca St C + taquicardia de QRS ancho con supraventricular con aberrancia + Insuficiencia renal crónica reagudizada

-Métodos Complementarios:

-Evolución: El paciente ingresó con un cuadro de con taquicardia de QRS ancho supraventricular con aberrancia + Insuficiencia cardiaca st C, lo que requería soporte inotrópico para mantener la hemodinamia estable, se inicio tratamiento con adenosina, cardioversión farmacológica y cardioversión eléctrica , sin obtener un control sostenido del ritmo, además de que persistían los inotrópicos y la insuficiencia cardíaca de difícil manejo, se decidió proceder con ablación de la vía lenta. Después del procedimiento, se logró la eliminación de la taquicardia y se observó una notable mejoría en la función cardiaca, permitiendo la reducción progresiva de los inotrópicos y la posterior alta.

Ecocardiograma Inicial: FEY 22%, hipoquinesia global, movimiento paradójal del septum interventricular, vena cava inferior dimensiones aumentadas (25 mm) sin colapso respiratorio.

Ablación: de la vía lenta con catéter no irrigado en donde se evidencia ritmo de la unión durante aplicación y abolición de la misma post ablación se detecta recuperación de la vía lenta de forma parcial, se realiza mapeo de extrasístole obteniéndose precocidad al nodo sinusal, se realiza ablación sin abolición total de extrasístoles, procedimiento realizado con inotrópicos.

Posterior: FEY 46%, Leve hipoquinesia global VI, vena cava inferior de dimensiones conservadas con colapso inspiratorio mayor a 50%.

-Tto Alta: Aspirina 100mg

Rosuvastatina 40 mg

Bisoprolol 1.25 mg

Epironolactona 25 mg

Dapagliflozina 10 mg

-Conclusión: En este caso destaca la importancia de un diagnostico preciso en taquicardia de QRS ancho + ICD st C especialmente aioso con cardiopatía estructural. La identificación de una taquicardia supraventricular con

aberrancia permitió implementar un tratamiento específico mediante ablación, logrando control de la arritmia y mejoría significativa de la función ventricular y la reducción de inotrópicos en tiempo mediato.

