

Causas:

Las taquicardias de complejo ancho (QRS > 0.12S) pueden deberse a:

- Taquicardia ventricular
- Taquicardia supraventricular aberrante
- Taquicardia preexitada

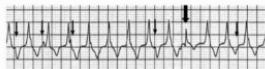
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR ABERRANTE

La aberrancia puede deberse a un bloqueo de rama pre existente, o a que la taquicardia encuentra refractaria a una rama del Haz de his.

15 a 20% de las taquicardias de complejo ancho son supraventriculares con aberrancia.

CRITERIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

RELACIÓN AURICULO-VENTRICULAR DURANTE TAQUICARDIA



Rodríguez Alonso, Raimundo Morri, Eduardo Sanhueza, Mario Ortiz, Mauricio Cereceda. Diagnóstico diferencial de las taquicardias de complejo ancho: un desafío permanente. RevChilCardiol 2020; 39: 53-63

Existen más complejos ventriculares que ondas P y estas no se relacionan con complejos QRS.

CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPLEJOS VENTRICULARES

Aberrancia con BRD

Aberrancia con BRI

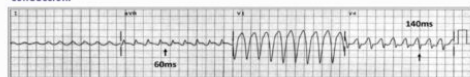
ENTRONES MORFOLÓGICOS DE ABERRANCIA Y TAQUICARDIA VENTRICULAR EN V1 Y V6

A. Morfología de BRD

B. Morfología de BRI

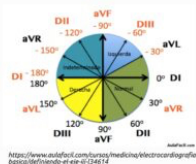
Rodríguez Alonso, Raimundo Morri, Eduardo Sanhueza, Mario Ortiz, Mauricio Cereceda. Diagnóstico diferencial de las taquicardias de complejo ancho: un desafío permanente. RevChilCardiol 2020; 39: 53-63

A) Características morfológicas de un QRS: Una taquicardia supraventricular con un bloqueo de rama derecha o bloqueo de rama izquierda, tiene una morfología típica de ese trastorno de conducción.



Rodríguez Alonso, Raimundo Morri, Eduardo Sanhueza, Mario Ortiz, Mauricio Cereceda. Diagnóstico diferencial de las taquicardias de complejo ancho: un desafío permanente. RevChilCardiol 2020; 39: 53-63

B) Duración del complejo QRS: Los complejos QRS en una taquicardia ventricular y en una taquicardia preexitada son más anchos que en una taquicardia supraventricular aberrante.



C) Eje eléctrico: Un eje entre -90° y $+180^\circ$ independiente de bloqueo de rama derecha o bloqueo de rama izquierda, y un eje desviado a la derecha en taquicardia con bloqueo de rama izquierda son altamente indicativos de taquicardia ventricular.

ALGORITMOS

PLANO HORIZONTAL DE BRUGADA

- Paso 1: Ausencia de complejo RS en todas las precordiales
- Paso 2: Inicio R - Nadir S > 100 milisegundos
- Paso 3: Disociación auriculo-ventricular
- Paso 4: Criterios de morfología para taquicardia ventricular en V1, V2 y V6

PLANO FRONTAL DE VERECKE

- Paso 1: Presencia de Onda R inicial
- Paso 2: Presencia de Onda Q o R inicial > 40 milisegundos
- Paso 3: Notch en la rama descendente de un complejo predominantemente negativo
- Paso 4: $V_1/VF < 1$

La positividad de cualquiera de los pasos en ambos algoritmos nos hace diagnóstico de taquicardia ventricular y descarta la presencia de taquicardia supraventricular aberrante.

TRATAMIENTO



<p>El paciente se encuentra inestable</p>	<p>El paciente se encuentra estable y es una taquicardia supraventricular aberrante</p>	<p>Existen dudas del diagnóstico o es taquicardia ventricular</p>
<p>Cardioversión eléctrica sincronizada: Energía de 100 joules</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maniobras vagales de 10 a 15 segundos: Valsalva, maniobra modificada, masaje carotídeo, presión en globo ocular. • Adenosina 6 mg IV, segunda dosis 12 mg IV si es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar como taquicardia ventricular • NO administrar verapamilo o adenosina por riesgo de generar una fibrilación ventricular.

Rodríguez Alonso, Raimundo Morri, Eduardo Sanhueza, Mario Ortiz, Mauricio Cereceda. Diagnóstico diferencial de las taquicardias de complejo ancho: un desafío permanente. RevChilCardiol 2020; 39: 53-63