

Taquicardias de complejos QRS ancho

Dr. Andrés R. Pérez Riera

El diagnóstico correcto de la taquicardias con complejos QRS anchos es un viejo problema pero a la vez actual porque los investigadores continúan estudiando este tópico

Las Taquicardias de complejos QRS anchos pueden ser:

1. TV
2. TSV con bloqueo de rama pre-existente o por conducción aberrante principalmente taquicárdico-dependiente o por drogas que enlentencen la conducción intraventricular
3. Taquicardia supraventricular con conducción de los impulsos por una vía anómala (preexcited tachycardia).

El abordaje tiene que ser holístico teniendo en cuenta no un único criterio que nos brinde la solución.

Los criterios clásicos de origen ventricular (TV) son:

1. Disociación AV o sea pérdida de la relación QRS/P; con frecuencia se descubre apenas después de un cuidadoso análisis del trazado
2. Bloqueo de segundo grado AV en donde se observan más complejos ventriculares que ondas P
3. Latidos de fusión y/o captura;
4. Patrón concordante: es empleado el término concordancia precordial cuando las derivaciones precordiales muestran complejos QRS enteramente positivos o enteramente negativos durante una taquicardia de complejos anchos. **La concordancia precordial es un fuerte indicador de TV.**

La concordancia negativa refleja un foco en la región ánteroapical del VI.

Concordancia negativa no es posible en la taquicardia supraventricular pre-excitada porque no hay vía accesoria con conducción anterógrada que podría producir complejos QRS totalmente negativos en las precordiales pero es eventualmente observada con BCRI de base.

La concordancia positiva resulta cuando la activación ventricular tiene su foco en la pared póstero-basal del VI (el área 4 del ojo de buey) llamada hoy con los estudios de resonancia magnética región basal de la pared inferior.

Se sabe también que la concordancia positiva puede ser registrada en la TSV con haz accesorio en esta región, pero por ser rara cuando está presente debe hacer sospechar de TV.

La concordancia también puede manifestarse por ausencia de complejos RS o rs, Rs rS en las precordiales

5. Un intervalo RS > 100 ms desde el comienzo del QRS al nadir de la S en cualquier precordial señala TV.
6. El eje de la taquicardia parece ser poco consistente para diferenciarlas.
7. Tampoco son de peso la edad, la repercusión hemodinámica y la regularidad de los RR.
8. Una TV se diferencia de TSV cuando ambas tienen morfología de BCRI de la siguiente forma: la TSV tiene un patrón de BCRI típico y la de origen ventricular el BCRI es atípico "*atypical left bundle branch block*". Pero debemos tener en cuenta que esta regla puede estar alterada si el paciente tiene un infarto.
9. Una R dominante en aVR (R o Rs);
10. Una q o r inicial > 40 ms (qR o rS)
11. Una muesca en la rampa descendente en la S o Q
12. Una relación entre la rampa descendente y ascendente ≤ 1 sugiere TV si > 1 TSV.

13. La taquicardia pre-excitada mucho más rara, se desecha ante la presencia de un QS en todas las precordiales con excepción de V1.