

Extrasístole ancha bigeminada

MARIO IRIBARNE URTIAGA ¹, ALEJANDRO CUESTA HOLGADO ²

Mujer de 23 años, con antecedente de un embarazo y parto normal. Refiere episodios esporádicos de palpitaciones rápidas, autolimitadas, de minutos de duración, en algunas opor-

tunidades acompañadas de mareos. Estando en su trabajo instala palpitaciones, mareo y pérdida de tono postural, sin pérdida de conocimiento. El cuadro revierte a los 10 minutos

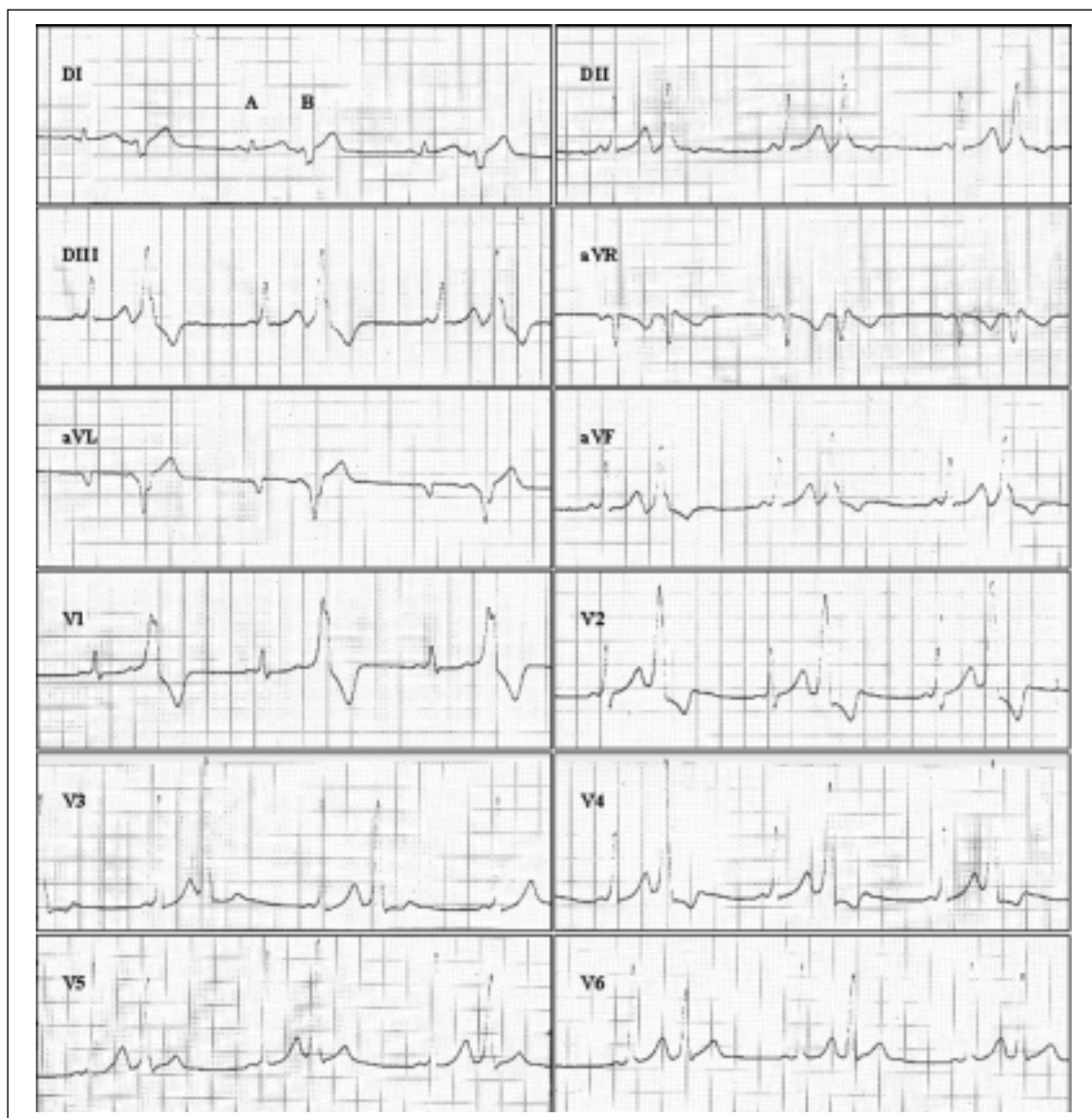


Figura 1

1. Presidente del Comité de Holter y Electrocardiología no invasiva. Cardiología-CUDAM.

2. Asistente del servicio de Cardiología. Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina- UDELAR. Instituto de Cardiología Infantil-MUCAM

de decúbito dorsal. Consultó a emergencia móvil y realizan el electrocardiograma que se ve en la figura 1.

A primera vista se observa un ritmo bigeminado por la presencia de dos depolarizaciones ventriculares que se repiten. Como en todo trazado electrocardiográfico el diagnóstico correcto estará en el análisis ordenado del mismo.

Precediendo a cada primer complejo ventricular (A) se observa una onda P, esta onda P es positiva en todas las derivaciones menos en aVL en la que es isoeletrica y en aVR que es negativa. Esto permite afirmar que su eje eléctrico medio se dirige hacia abajo, izquierda y adelante y por lo tanto, pensamos se origina en el nódulo sinusal. El intervalo PR en ninguna derivada llegar a medir 120 ms, que es el límite inferior normal, por lo que decimos tiene un intervalo PR corto. A cada P le sigue una depolarización ventricular (A) que inicia desde la onda P y no hay segmento PR. Se inician además de forma lenta constituyendo la denominada onda delta, esto se ve mejor en las derivadas precordiales. La duración del QRS es de 120 ms, por encima de 110 ms que es el límite superior más aceptado ⁽¹⁾. Juntando los signos (PR corto + onda delta + QRS ancho) tenemos diagnóstico de preexcitación ventricular. La paciente tiene una vía de conducción accesorio, capaz de llevar el estímulo auricular hacia el ventrículo sin pasar por el nodo AV. Por ser la onda delta positiva en V1 y también en DIII la localizamos a nivel lateral izquierdo ^(2,3).

La segunda depolarización (B) ventricular que aparece "bigeminando" el ritmo es claramente ancha (180 ms) y de una sola morfología. Podría ser de origen ventricular o supraventricular con algún trastorno de la conducción. Si observamos detalladamente la polaridad de este complejo vemos que tiene el mismo signo que la onda delta del complejo sinusal precedente en todas las derivadas. Ello nos lleva a

plantear que existe un impulso supraventricular prematuro que se está transmitiendo al ventrículo por la misma vía accesorio. Por las propiedades del nodo AV un estímulo prematuro se conduce al ventrículo de forma más lenta que el sinusal o incluso, si es muy precoz, puede encontrar al nodo AV refractario y bloquearse. En cualquier situación habrá mas miocardio ventricular que se depolarice desde la vía accesorio y el QRS estará más preexcitado. Dada la topografía de ésta vía es lógico que el segundo complejo tengan morfología de bloqueo de rama derecha.

En derivadas de cara inferior, al final de la onda T del primer complejo aparece una pequeña deflexión negativa. Pensamos que se trata de una onda P de origen bajo. Una extrasístole auricular que constituye el estímulo prematuro que suponíamos.

La paciente presenta entonces un ritmo de base sinusal con extrasístolia supraventricular bigeminada y una vía accesorio lateral izquierda, responsable de las alteraciones morfológicas observadas en los QRS. Uniendo el diagnóstico electrocardiográfico con la clínica, debemos pensar que la paciente haya presentado alguna de las arritmias rápidas vinculadas y sea portadora del síndrome de Wolf Parkinson White ⁽⁴⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Chou T, Knilans TK.** Electrocardiography in clinical practice: Adult and pediatric. 4ª Edición. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 717.
2. **Milstein S, Sharma AD, Guiraudon GM, Klein GJ.** An algorithm for the electrocardiographic localization of accessory pathways in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol* 1987; 10(3 Pt 1): 555-63.
3. **D'Avila A, Brugada J, Skeberis V, Andries E, Sosa E, Brugada P.** A fast and reliable algorithm to localize accessory pathways based on the polarity of the QRS complex on the surface ECG during sinus rhythm. *Pacing Clin Electrophysiol* 1995; 18(9 Pt 1): 1615-27.
4. **Josephson ME.** Preexcitation syndromes. In: Josephson ME. *Clinical cardiac electrophysiology*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002: 322-424.