

Ritmo bigeminado II

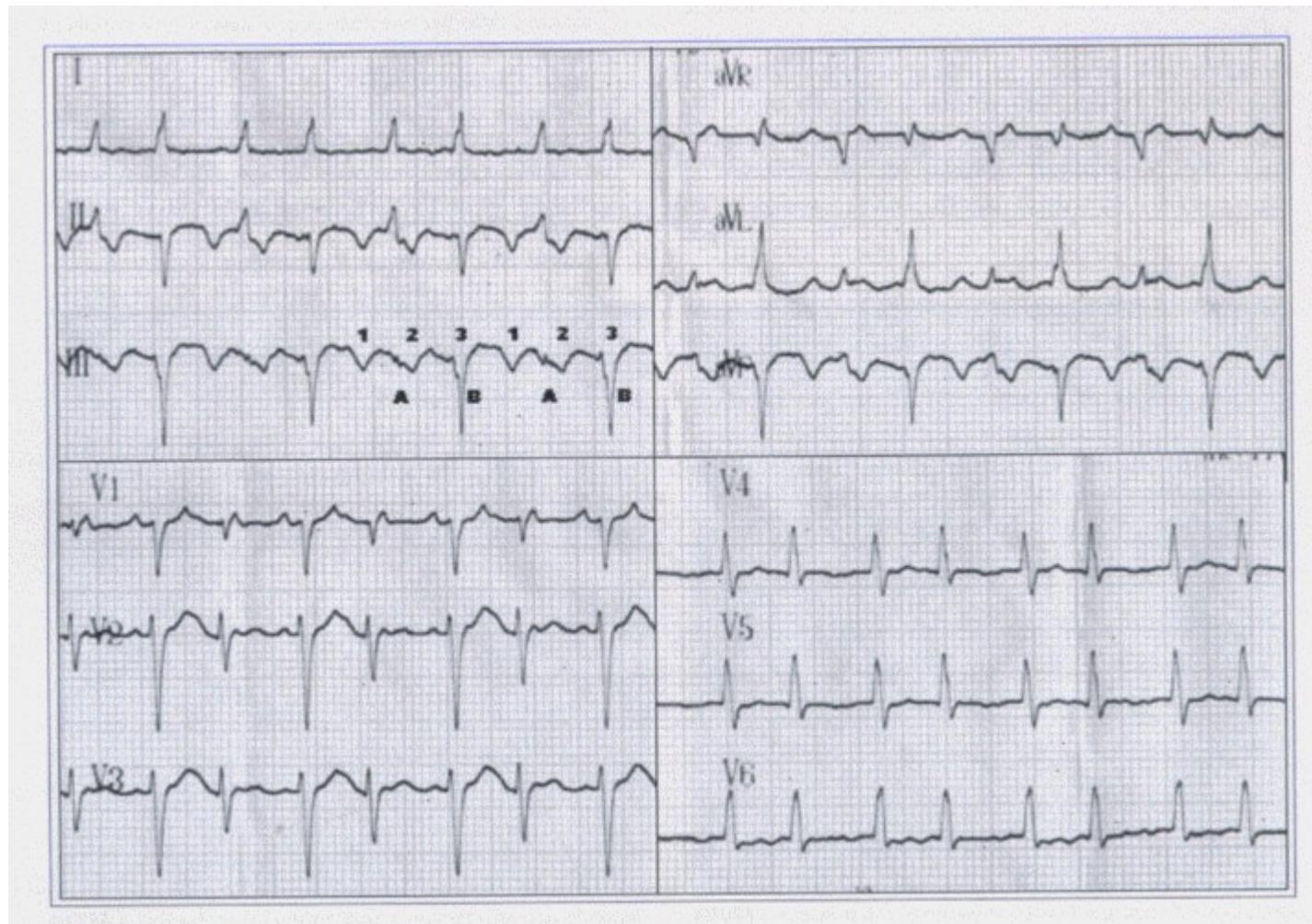
DRES. ALEJANDRO CUESTA HOLGADO¹, MARIO IRIBARNE URTIAGA²

1. Asistente del Servicio de Cardiología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina-UDELAR. Servicio de Arritmias, Instituto de Cardiología Infantil-MUCAM.

2. Presidente del Comité Holter y Electrocardiología no Invasiva. Cardiología- CUDAM.

Correo electrónico: arritmia@yahoo.com

Recibido agosto 6, 2007; aceptado agosto 10, 2007.



Paciente de sexo masculino, 57 años, obeso, hipertenso, con antecedentes de cardiopatía isquémica e insuficiencia mitral de grado moderado. Historia reciente de episodios de palpitaciones frecuentes, de inicio y finalización bruscos. Es ingresado en emergencia por un episodio más prolongado, de una hora de duración, sin fenómenos acompañantes.

En el trazado inicial se observa un ritmo ventricular con dos morfologías diferentes de QRS que se alternan y agrupan constituyendo un ritmo bigeminado, de difícil diagnóstico rápido.

Analizando el trazado de forma ordenada se ve que no hay una actividad eléctrica auricular con las características típicas de onda P sinusal. Mirando las derivadas de cara inferior se infiere que por detrás de la actividad ventricular hay una línea de base que nunca es isoeléctrica. Se suceden ondas anchas, iguales, con una porción negativa aguda y que recuerdan la forma de "dientes de sierra". Esta es la morfología típica de la arritmia supraventricular denominada flúter auricular y de la variedad típica antihoraria. Las ondas se denominan "F" (mayúscola) para diferenciarlas de las "f" (minúscula) de fibrilación auricular. En este caso particular la frecuencia del flúter es aproximadamente 270 cpm, dentro del rango habitual de esta arritmia que es entre 250 y 350 cpm^(1,2).

Las ondas positivas en V1 confirman este diagnóstico. En esta derivación las ondas F son de menor voltaje y duración, asemejándose a ondas P sinusales. Esto es consecuencia de la orientación inicial del vector de activación atrial de atrás hacia adelante en un plano sagital.

Muchas veces las ondas F se superponen al complejo QRS, al segmento ST y a la onda T, siendo difíciles de diagnosticar. En nuestro caso, mirando las derivadas de cara inferior, se observa una primera onda F clara precediendo a un QRS que denominaremos "A". Una segunda onda F que deforma el final de ese mismo QRS e inicio de su onda T. Una tercera que queda incluida en el QRS con diferente morfología que denominaremos B.

Cada tres ondas F hay dos despolarizaciones ventriculares. Si medimos en forma arbitraria desde el nadir de la primera F, al inicio del QRS "A", y desde el nadir de la segunda F, al inicio del QRS "B", vemos que la primera distancia es menor que la segunda. Luego viene la tercera onda F que no es seguida de ningún QRS, se bloquea a nivel de la unión y no llega al ventrículo. Si sumamos ambos hechos nos llevan al diagnóstico de que este flúter auricular se conduce al ventrículo con bloqueo a nivel del nodo auriculoventricular tipo Wenckebach.

La despolarización ventricular A es de una duración normal con un eje eléctrico medio a 30°. La B tiene una duración mayor que se aprecia mejor en las derivaciones de los miembros y su eje se desvía a -60° en el plano frontal. Si bien no tiene otras características típicas, esta morfología es diagnóstica de hemibloqueo anterior izquierdo. Este trastorno de la conducción ventricular se produciría por un intervalo RR menor que en el ciclo anterior – bloqueo de conducción frecuencia dependiente en fase 3.

En suma, nuestro paciente presenta un flúter auricular típico antihorario conducido al ventrículo en relación 3:2 con fenómeno de Wenckebach y un trastorno de la conducción ventricular intermitente frecuencia dependiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Jolly WA, Ritchie WT.** Auricular flutter and fibrillation. Heart 1911; 2: 177-221.
2. **Saoudi N, Nair M, Abdelazziz A, Poty H, Daou A, Anselme F, et al.** Electrocardiographic patterns and results of radiofrequency catheter ablation of clockwise type I atrial flutter. J Cardiovasc Electrophysiol 1996; 10: 931-42.