

Arritmia supraventricular poco frecuente

DRA. MARISOL CÁCERES MACIEL¹

Paciente de sexo femenino, de 75 años de edad, con antecedentes personales de ex fumadora, hipertensión arterial crónica e hiperuricemia. Historia de disnea de esfuerzo clase funcional II de años de evolución. Consulta en policlínica por palpitaciones, siendo referida a nuestro servicio para la realización de monitorización electrocardiográfica ambulatoria de 24 horas.

El electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones muestra: ritmo sinusal de 85 cpm, con instancias de ritmo irregular de complejos QRS angostos, onda P con criterio de auriculomegalia izquierda, intervalo PR variable, uno de 0,20 seg y otro de 0,58 seg. Despolarización y repolarización ventricular normales.

En primera instancia se planteó como diagnóstico la presencia de disociación auriculoventricular (AV) por interferencia dada por dos ritmos independientes, uno sinusal y otro de la unión AV, con una frecuencia ventricular superior a la sinusal. Pero el análisis minucioso muestra que cada onda P es seguida de dos complejos QRS, lo cual traduce una respuesta ventricular doble a un único impulso supraventricular, manifestación infrecuente de una doble vía fisiológica en el nodo AV con conducción anterógrada.

El registro Holter constató 52 episodios de taquicardia irregular de complejo angosto, compatibles con corridas de taquicardia supraventricular no reentrant por doble paso nodal con conducción anterógrada y simultánea por una vía rápida y otra lenta.

Los determinantes mayores para este fenómeno son el bloqueo retrógrado unidireccional en ambas vías y el retardo crítico en la conducción de la vía lenta que permite que el estímulo que viaja por esta vía alcance el haz

de His, el resto del sistema de conducción y el miocardio ventricular después que haya superado la refractariedad provocada por la activación por el impulso que viajó previamente por la vía rápida.

Esta paciente se refirió a estudio electrofisiológico, el cual confirmó el planteo diagnóstico, realizándose ablación de la vía lenta con normalización del ECG basal y Holter postprocedimiento que confirmó el éxito de la ablación.

En conclusión, la paciente presentaba una arritmia poco frecuente cuyo pilar diagnóstico fue el ECG basal y la conducta terapéutica la determinó el registro Holter, ambos estudios de bajo costo, amplio acceso y de un gran rendimiento para la resolución del caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lin FC, Yeh SJ, Wu D. Determinants of simultaneous fast and slow pathways conduction in patients with dual atrioventricular nodal pathways. Am Heart J 1985; 109: 963-70.
2. Buss J, Kraatz J, Stegaru B, Neuss H, Heene DL. Unusual mechanism of simultaneous anterograde fast and slow conduction through dual atrioventricular nodal pathways. Pacing Clin Electrophysiol 1985; 8: 235-41.
3. Fraticelli A, Saccomano G, Pappone C, Oreto G. Paroxysmal supraventricular tachycardia caused by 1:2 atrioventricular conduction in the presence of dual atrioventricular nodal pathways. J Electrocardiol 1999; 32: 347-54.
4. Nakao K, Hayano M, Ilev II, Doi Y, Fukae S, Matsuo K, et.al. Double ventricular response via dual atrioventricular nodal pathways resulting with nonreentrant supraventricular tachycardia and successfully treated with radiofrequency catheter ablation. J Electrocardiol 2001; 34: 59-63.

1. Cardióloga. Servicio de Holter de Cooperativa Médica de Rocha. Rocha, Uruguay.

Correo electrónico: solcm@adinet.com.uy

Recibido diciembre 1, 2008; aceptado marzo 12, 2009.

