payiila

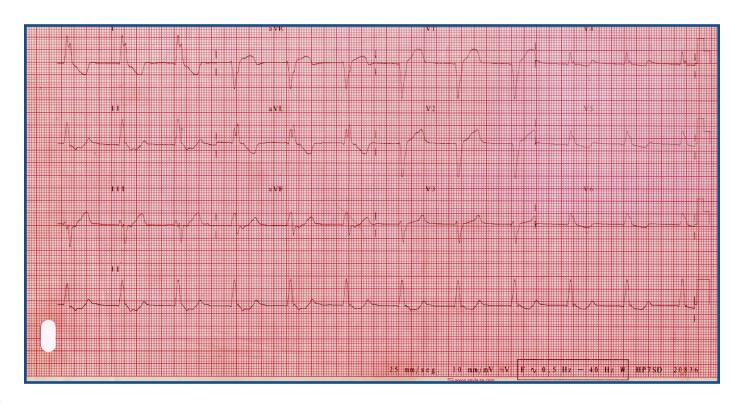
50

ELECTROCARDIOGRAMA DEL MES



Dr. Luis Diego Solís Solís Cardiólogo - Electrofisiólogo, Hospital Calderón Guardia solis9@hotmail.com

Paciente masculino de 10 años de edad, con asma intermitente y rinitis alérgica. No hay antecedentes familiares de muerte súbita, ni otros antecedentes personales de importancia. No utiliza tratamientos crónicos. Sedentario. Tolera esfuerzos moderados. Niega síncope, palpitaciones u otros síntomas asociados. Consulta por hallazgo incidental de "electrocardiograma anormal". Se le realiza ecocardiograma el cual es descrito cómo normal. Y se realiza el siguiente electrocardiograma en reposo:



El trazo mostrado corresponde a:

Δ)	П	Tagu	ıicard	۱ د il۰	/ant	ricul	Эr
\neg		Taut	ucaic	ala v	/ CIIL	ncu	aı.

- C) Ritmo idioventricular acelerado.
- D)

 Bloqueo auriculoventricular completo.
- E) Ritmo sinusal con BRIHH.

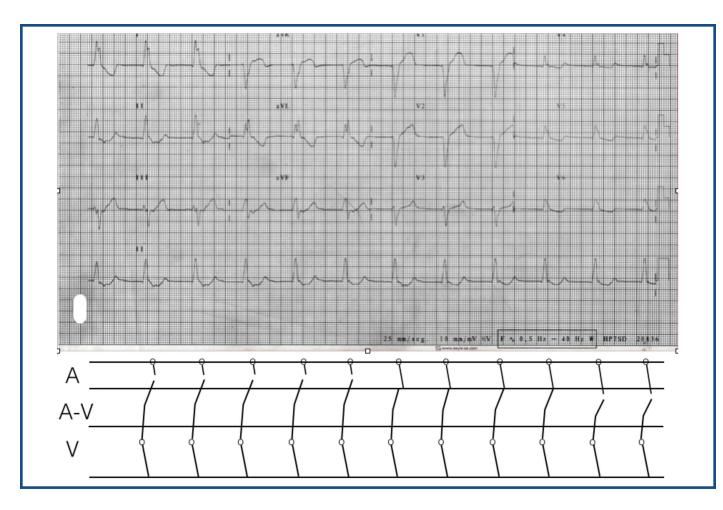


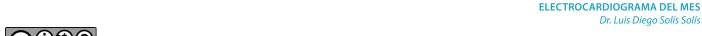
RESPUESTA

C) Ritmo idioventricular acelerado.

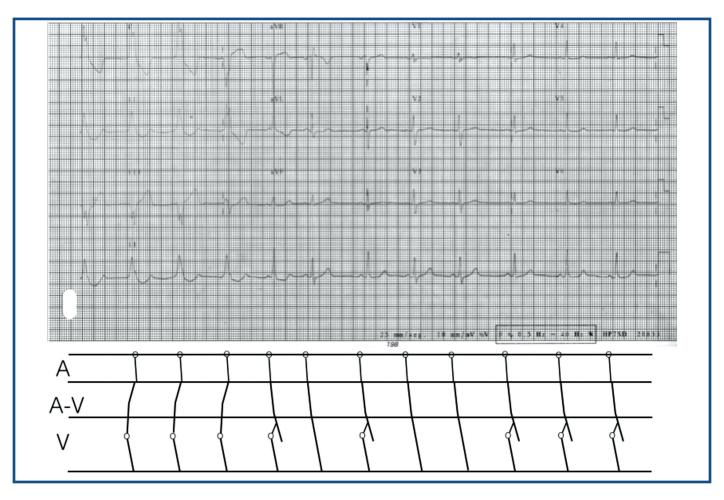
ANÁLISIS:

Se observa electrocardiograma de 12 derivaciones con ritmo regular de complejos QRS anchos, con morfología de BRIHH, regular, aproximadamente a 70 lpm. En los primeros 6 latidos, se observa inmediatamente después del QRS una onda P retrógrada. En los latidos siguientes, conforme el ritmo sinusal se va acelerando, esa onda desaparece y es sustituida por una onda P con conducción anterógrada, que se fusiona con el complejo QRS. Estos hallazgos sugieren la presencia de un ritmo ventricular acelerado, que inhibe retrógradamente el ritmo sinusal. Y conforme el ritmo sinusal del paciente se acelera, penetra anterógradamente el tejido de conducción y pasa a inhibir ese foco ectópico ventricular.

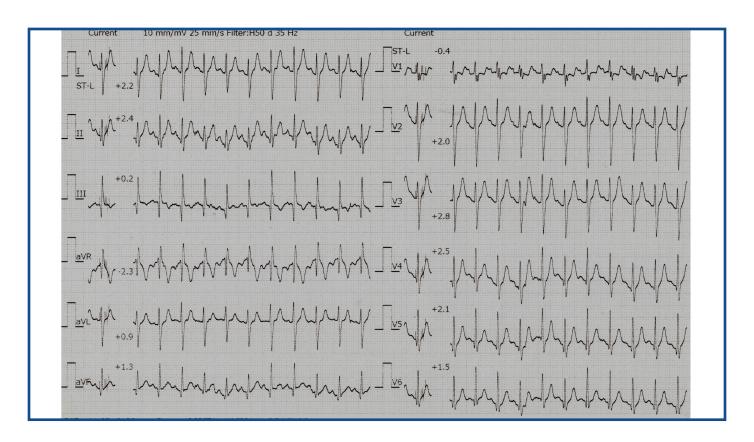




Se le solicita al paciente que realice maniobra de "handgrip" con lo que se logra acelerar el ritmo sinusal aún más (siguiente EKG). Se puede observar cómo hasta el cuarto latido, la P sinusal se encuentra dentro del complejo QRS (por lo que no se puede ver en el electrocardiograma). En el siguiente latido, conforme se acelera el ritmo sinusal, se observa una onda P sinusal, con PR corto, seguida por un complejo QRS de fusión, entre la activación anterógrada (proveniente del latido sinusal y tejido de conducción) y la activación retrógrada (dada por el ritmo ventricular ectópico). El sexto latido inicia con una onda P sinusal, PR normal y QRS estrecho, estimulado completamente por activación anterógrada proveniente del tejido de conducción (inhibe el foco ectópico ventricular por overdrive supresión). Los siguientes latidos alternan entre latidos sinusales y fusionados (ver gráfico de análisis).



Se realiza prueba de esfuerzo (siguiente trazo), se comprueba desaparición del ritmo ventricular, inhibido al acelerarse el ritmo sinusal. Se documenta adecuada capacidad funcional, negativa por isquemia, no presenta taquiarritmias ni bradiarritmias.



CORRELACIÓN CLÍNICA:

Se denomina ritmo idioventricular acelerado o taquicardia idioventricular, a un ritmo ectópico ventricular cuya frecuencia oscila entre 40-100 lpm.¹⁻³ El origen ventricular de estos latidos queda demostrado por la presencia de latidos de fusión, disociación AV o latidos de captura. Usualmente se trata de un foco automático que puede ser inhibido por estimulos supraventriculares mediante "overdrive supression".¹

En adultos, los episodios de ritmo idioventricular suelen ser transitorios. En pacientes con infarto agudo de miocardio, se puede ver en las primeras 24 horas post reperfusión y es un marcador de adecuada recuperación del flujo anterógrado a traves de la arteria obstruida. También puede presentar en pacientes con bradicardia sinusal, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatías primarias, algunas cardipatías congénitas o intoxicación por digitálicos. Puede ver en adultos con corazón estructuralmente normal, en quienes no modifica su pronóstico. En niños con corazón estructuralmente normal, se considera un hallazgo benigno, que no requiere tratamiento. Es

El caso presentado, se trata de un niño de 10 años, asintomático, se documentó ritmo idioventricular acelerado como un hallazgo incidental. El Ecocardiograma documentó corazón estructuralmente normal. Durante la prueba de esfuerzo se inhibe el ritmo idioventricular, se documentó adecuada capacidad funcional. Se catalogó como un hallazgo benigno, que no requirió tratamiento médico y se dió seguimiento clínico, sin incidencias.

REFERENCIAS

- 1. Surawicz B, Knilans T, et al: Chou's Electrocardiography in Clinical Practice. El Sevier Saunders. Ed 6. 2008. P425-429.
- 2. Schamroth L: Idioventricular tachycardia. J Electrocardiol. 1968; 1:205.
- 3. Schamroth L: Genesis and evolution of ectopic ventricular rythms. Br Heart J. 1966; 28:244.
- 4. Goldberg S, Greenspon AJ, Urban Pl, et al. Reperfusion arrythmia: a marker of restoration of antegrade flow during intracoronary trombosis for acute myocardial infarction. Am heart J. 1983, 105:26.
- 5. Massami RA, Ali N: Accelereted isorhythmic ventricular rythms. Am J Cardiol. 1970; 26:170.
- 6. Gaum WE, Biancaniello T, Kaplan S: Accelerated ventricular rythm in childhood. Am J Cardiol. 1979; 43:162.
- 7. MacLellan-Tobert SG, Porter CJ: Accelerated idioventricular rythm: a benign arrhythmia in childhood. Pediatrics. 1995; 96:122.
- 8. Van Hare GF, Stranger P: Ventricular Taquicardia an accelerated ventricuar tythm presenting in the first month of life. Am J Cardiol. 1991; 67:42.

