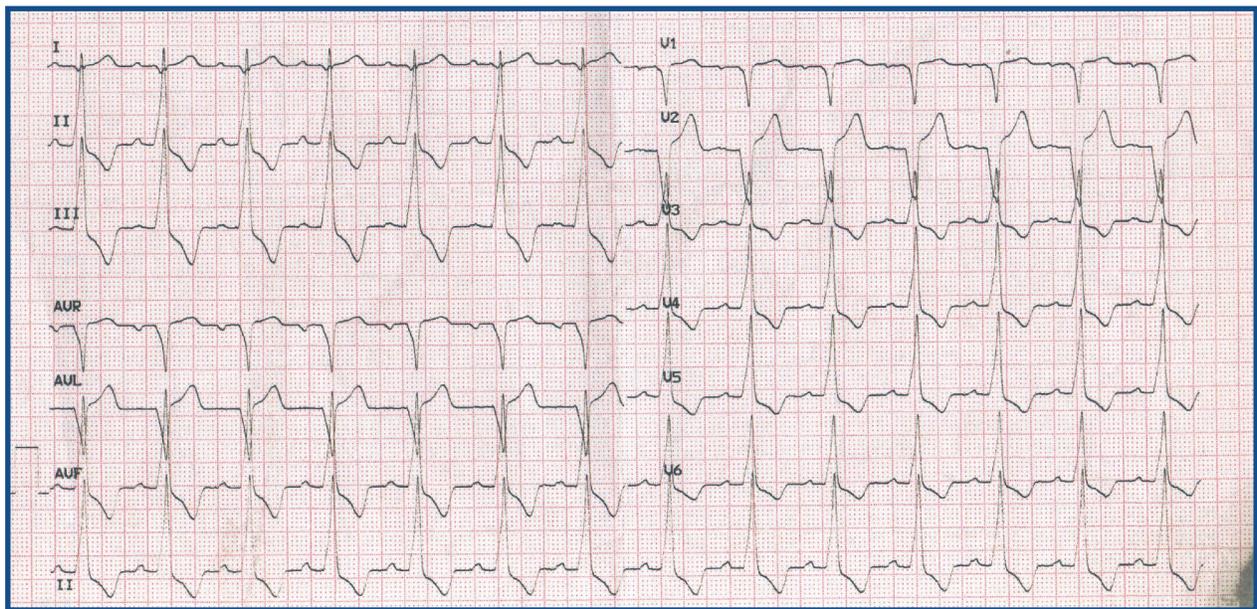


Dra. Vivien Araya Gómez
Centro Cardiológico Integral
Teléf. 2221-2921 • 8990-0830
E-mail: vivien@ice.co.cr

El trazo que a continuación se presenta es de una paciente de 64 años de edad, hipertensa y con dislipidemia, presentaba lipotimias a repetición y síncope en una ocasión.

Este es su último electrocardiograma después de ser valorada y recibir el manejo correspondiente.



En relación a esta paciente y el EKG, señale la o las opciones correctas:

- A. Se trata de un Síndrome de Wolff – Parkinson – White.
- B. La paciente tiene un marcapaso bicameral, en este momento sensando su onda P y estimulando el ventrículo.
- C. Tiene una cicatriz de un infarto antiguo anterolateral.
- D. Tiene un bloqueo AV de Primer grado.

Ver Respuesta en página 46

RESPUESTA

Respuesta:

La opción correcta es la B.

A la paciente se le documentó un bloqueo AV intermitente, lo cual explicaba su sintomatología. Se le colocó un marcapaso permanente bicameral, con lo cual mejoró.

En el EKG que presentamos se observa una espiga muy pequeña (es mejor verla con lupa) en la derivaciones D3 y V3, la cual fácilmente puede pasar desapercibida. Esto es frecuente observarlo en los marcapasos modernos, en los cuales los cables son bipolares: tienen el polo positivo y negativo en el extremo distal del cable y por lo tanto el circuito entre ambos es pequeño y la espiga es de un voltaje mucho menor. A esto hay que añadir el hecho de que la mayoría de los nuevos marcapasos tienen funciones de ajuste automático del voltaje, dependiendo de los umbrales de captura, lo cual hace que a veces los voltios requeridos sean bajos y por ende también esto acorta el tamaño de la espiga. Por otro lado en esta paciente la conducción AV está alterada en forma intermitente, de modo que a veces tiene su conducción espontánea, en este EKG la mayoría de latidos son fusiones entre su ritmo propio y algo de estimulación por el marcapaso. Esto a veces lo favorecemos prolongando el intervalo AV programado para que la secuencia de activación ventricular sea lo más fisiológica posible.

No es un síndrome de WPW porque el intervalo AV no está corto, aunque los latidos parecieran tener un "empastamiento" inicial sugestivo de onda delta, pero en realidad se debe a la prolongación de la conducción intraventricular por la estimulación en el ventrículo derecho.

AGRADECIMIENTO:

A la Dra. Lilliana Chaves Brenes, por proporcionarnos el EKG del mes.