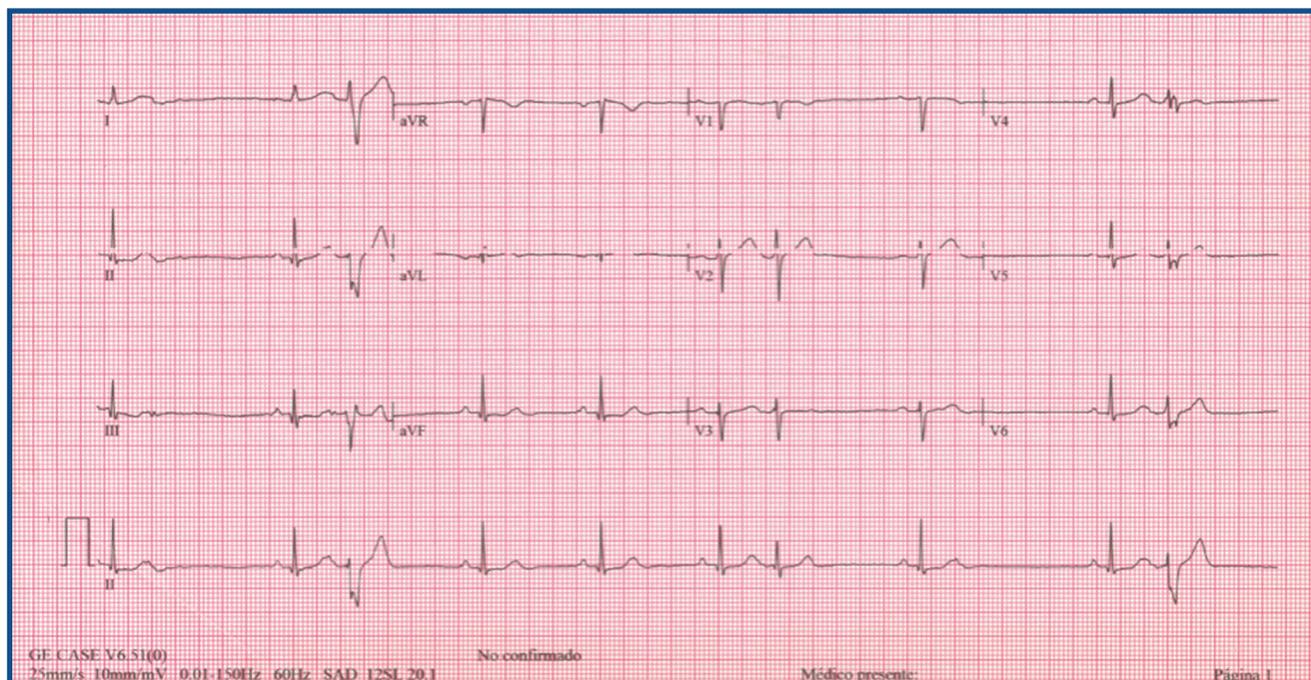


Dr. Luis Diego Solís Solís

Cardiólogo - Electrofisiólogo, Hospital Calderón Guardia
solis9@hotmail.com

Paciente masculino de 26 años. Con antecedente de asma intermitente. No hay AHF de muerte súbita. En control por "arritmia" hace 8 años. Tx con Atenolol 25 mg cada día y Diovan 80 mg cada día. Sin otros antecedentes de importancia.

Realiza actividad física de forma regular. Tolerancia a esfuerzos moderados. Niega síncope, palpitaciones u otros síntomas asociados. Consulta inicial fue por hallazgo incidental de un "electrocardiograma anormal". Se le realiza ecocardiograma el cual es descrito como normal. Y se realiza el siguiente electrocardiograma en reposo: (Figura 1)

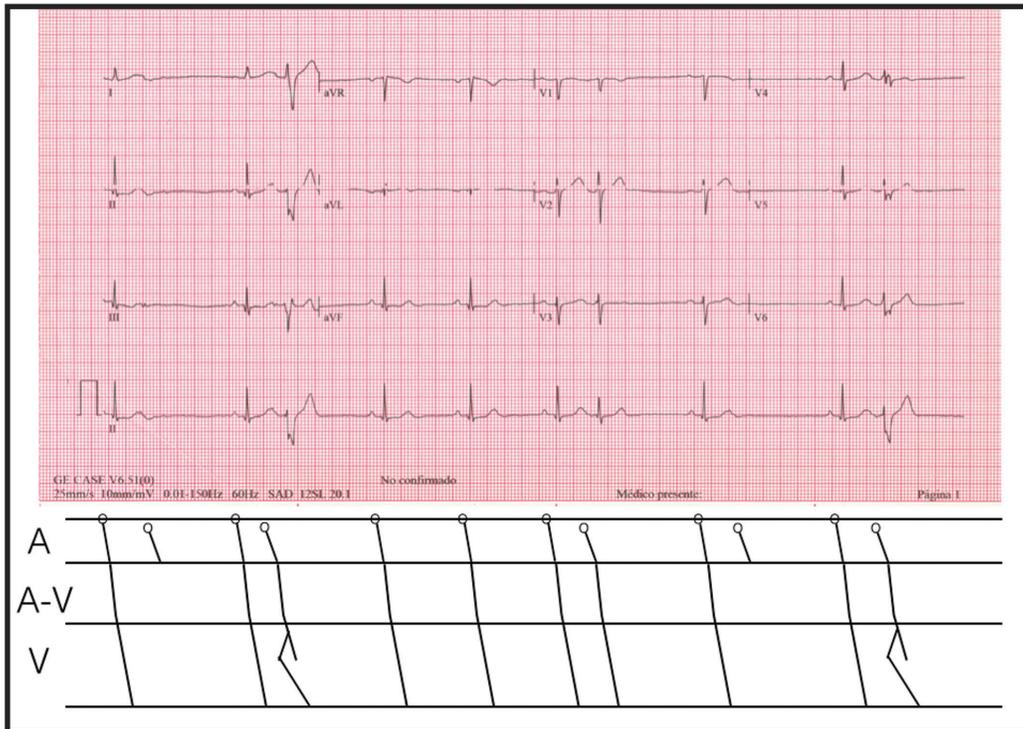


El trazo mostrado corresponde a:

- A) Ritmo sinusal con Extrasístoles Ventriculares Frecuentes
- B) Ritmo sinusal con Extrasístoles Supraventriculares y Ventriculares frecuentes
- C) Ritmo sinusal con Extrasístoles supraventriculares frecuentes
- D) Bloqueo auriculo-ventricular Mobitz II + Extrasístoles ventriculares frecuentes
- E) Arritmia sinusal respiratoria con Extrasístoles Ventriculares frecuentes.

RESPUESTA

c) Ritmo sinusal con Extrasístoles supraventriculares frecuentes



Análisis:

Se observa electrocardiograma de 12 derivaciones (Figura 2) que inicia con un latido sinusal, con conducción auriculo-ventricular normal (PR normal) y conducción intraventricular normal (QRS estrecho con morfología normal).

Inmediatamente después, se logra apreciar una muesca sobre la onda T que corresponde a un latido extrasistólico supraventricular, que se bloquea a nivel del Nodo AV (Extrasístole supraventricular bloqueada). Este fenómeno sucede, debido a que el intervalo de acoplamiento de la extrasístole es muy corto, por lo que la corriente de despolarización encuentra el nodo AV en período refractario absoluto (por el latido sinusal previo).

Posteriormente se observa una pausa compensatoria que confirma la presencia del latido extrasistólico bloqueado (penetra el nodo sinusal y lo inhibe de forma transitoria) y esta es seguida por un nuevo latido sinusal normal.

Nuevamente se observa una onda P (dentro de la onda T del latido sinusal) que corresponde a una nueva extrasístole supraventricular, con un intervalo de acoplamiento corto, que logra conducir adecuadamente a través del nodo AV, pero esta vez encuentra el tejido de conducción intraventricular en período refractario relativo, por lo que se conduce con aberrancia (QRS ancho). Este complejo es seguido también por una pausa compensatoria sinusal.

Los siguientes 3 latidos corresponden a latidos sinusales normales, seguidos de una nueva extrasístole supraventricular, que logra conducir adecuadamente a través del Nodo AV y a través del tejido de conducción intraventricular (QRS estrecho con mínima variación con respecto al latido sinusal normal). Esta extrasístole es seguida también por una pausa post-extrasistólica sinusal.

Los últimos cuatro latidos que se observan en el trazado, repiten el mismo patrón que se describió para los primeros cuatro latidos. Se trate de un latido sinusal, seguido por una extrasístole supraventricular bloqueada (que no conduce a través del nodo AV), una pausa sinusal post-extrasistólica, seguida por un nuevo latido sinusal y una nueva extrasístole supraventricular conducida con aberrancia (QRS ancho).

En resumen, podemos decir que en el electrocardiograma se observa un ritmo sinusal de base, con extrasístoles supraventriculares frecuentes, de las cuales, algunas presentan bloqueo de conducción AV y otras son conducidas con normalidad o con trastorno de conducción intraventricular inespecífico.