

Dr. Luis Diego Solís Solís

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

Paciente masculino de 65 años. Con antecedente de HTA desde hace aproximadamente 10 años, controlada adecuadamente en tratamiento con IECAs. Refiere episodios de palpitaciones frecuentes, de minutos a horas de duración, con inicio súbito y final paulatino. En ocasiones lo asocia al ejercicio físico. Refiere además disnea durante las crisis. Niega angor y síncope.

Se le realiza prueba de esfuerzo, que alcanza el 100% de FCME, sin presentar cambios isquémicos del ST ni síntomas sugestivos de isquemia. En fase de recuperación se documenta los siguientes trazados:

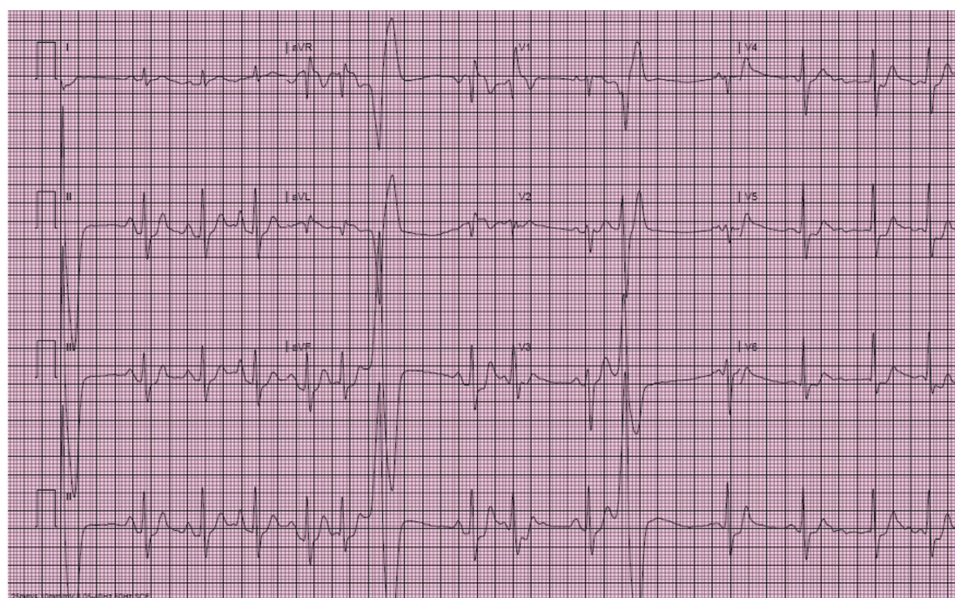


Figura 1. Electrocardiograma de la taquicardia 1.

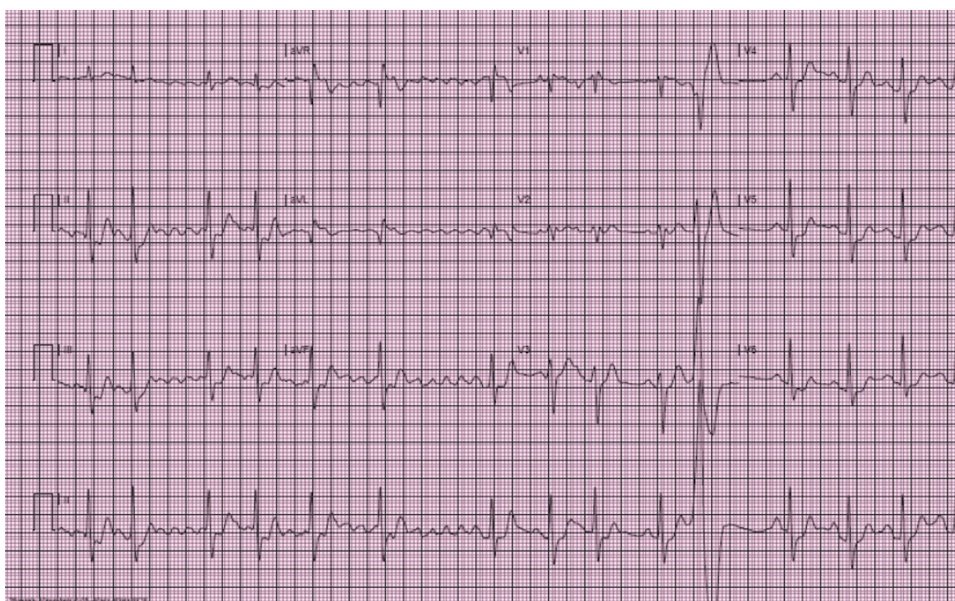


Figura 2. Electrocardiograma de la taquicardia 2.

Entre el EKG de la figura 1 y el de la figura 2, han pasado aproximadamente 20 segundos. El ritmo que se observa en ambos trazados corresponde a:

- A) ☐ Taquicardia sinusal.
- B) ☐ Taquicardia sinusal de base con extrasístoles supraventriculares frecuentes.
- C) ☐ Fibrilación auricular.
- D) ☐ Extrasístoles ventriculares aisladas.
- E) ☐ Todas las anteriores.

RESPUESTA

e) Todas las anteriores

En los trazados mostrados, se puede observar todos los ritmos enunciados en la pregunta anterior. (Ver **figura 3 y 4** con explicación gráfica de ambos trazados. En la representación gráfica de los trazados, las letras de la izquierda corresponden a diferentes zonas anatómicas del corazón por las cuales se transmite el impulso eléctrico de cada latido: nodo sinusal (NS), aurículas (A), nodo AV (AV) y ventrículos (V). Los círculos representan el sitio de origen del impulso eléctrico y las líneas representan su recorrido por las diferentes zonas.

En la **Figura 3** se observa el electrocardiograma de la primera taquicardia, con su respectiva representación gráfica. Podemos analizar el electrocardiograma de izquierda a derecha y dividir su análisis en 3 segmentos. En el primer segmento (primeros 7 latidos), se observa un primer latido con complejo QRS ancho, no precedido de onda P que corresponde con una extrasístole ventricular, seguido por una pausa compensatoria. Los siguientes dos latidos corresponden a latidos del ritmo de base del paciente, que en este caso se trata de una taquicardia sinusal (tomar en cuenta que el trazado fue tomado durante la fase de recuperación de una prueba de esfuerzo). Seguidamente se observa un latido con una onda P diferente a la sinusal, lo que sugiere que se trata de una extrasístole supraventricular, la cual es seguida por una pausa compensatoria y seguidamente un latido sinusal (P similar a la sinusal de los latidos previos), nuevamente otra extrasístole supraventricular (se adelanta y la morfología de la P nuevamente es diferente a la sinusal) y finalmente otro complejo QRS ancho no precedido por onda P que corresponde a una nueva extrasístole ventricular.

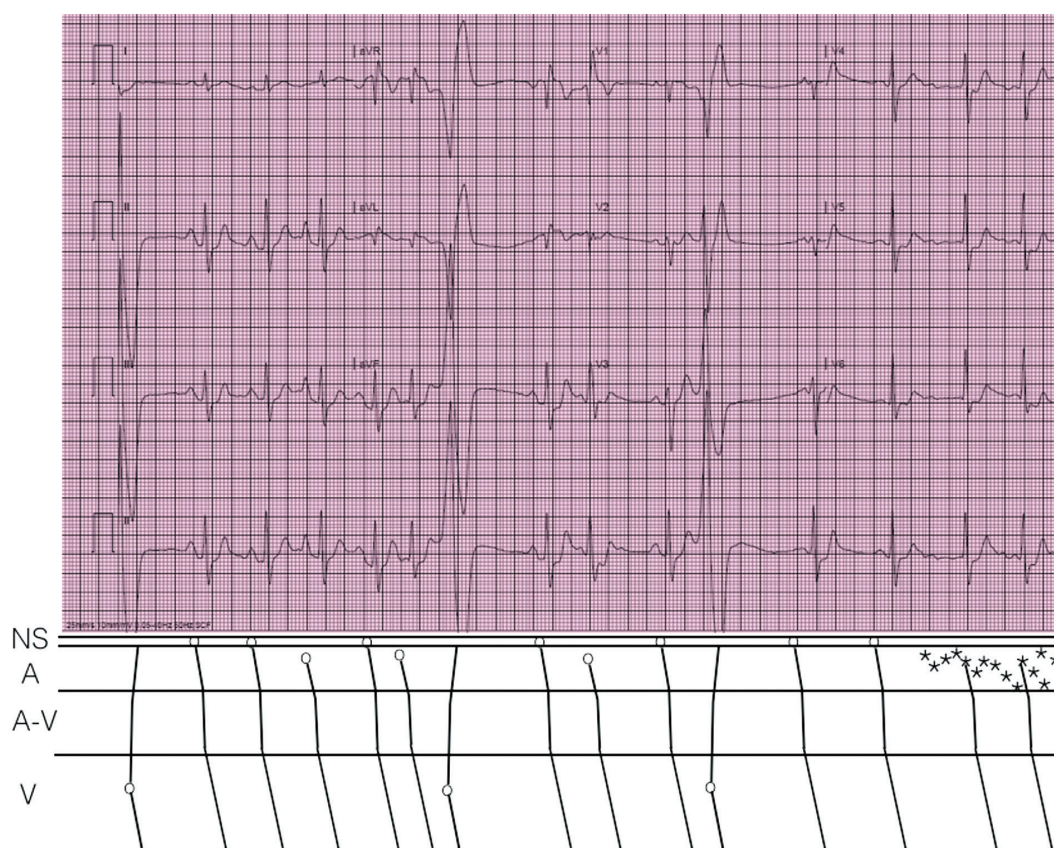


Figura 3. Electrocardiograma de la taquicardia 1 + Explicación gráfica.

El segundo segmento, corresponde a los siguientes 4 latidos. Si hacemos un análisis de la morfología de onda P y QRS similar al previo, podemos decir que el primer latido corresponde a un latido sinusal, es seguido por una extrasístole supra-ventricular (se adelanta, cambia morfología de onda P y es seguido de pausa compensatoria), el tercer latido es nuevamente sinusal y posteriormente termina con una nueva extrasístole ventricular. Tras una pausa compensatoria, se puede analizar un tercer segmento del electrocardiograma, en el que se observa dos latidos sinusales seguidos por complejos QRS estrechos, con RR irregular y ausencia de onda P, que corresponden a el inicio de una fibrilación auricular.

El paciente se mantuvo en ritmo de fibrilación auricular por varios segundos, tras los cuales se registra el segundo trazado que se muestra en la **Figura 4** con su respectiva explicación gráfica.

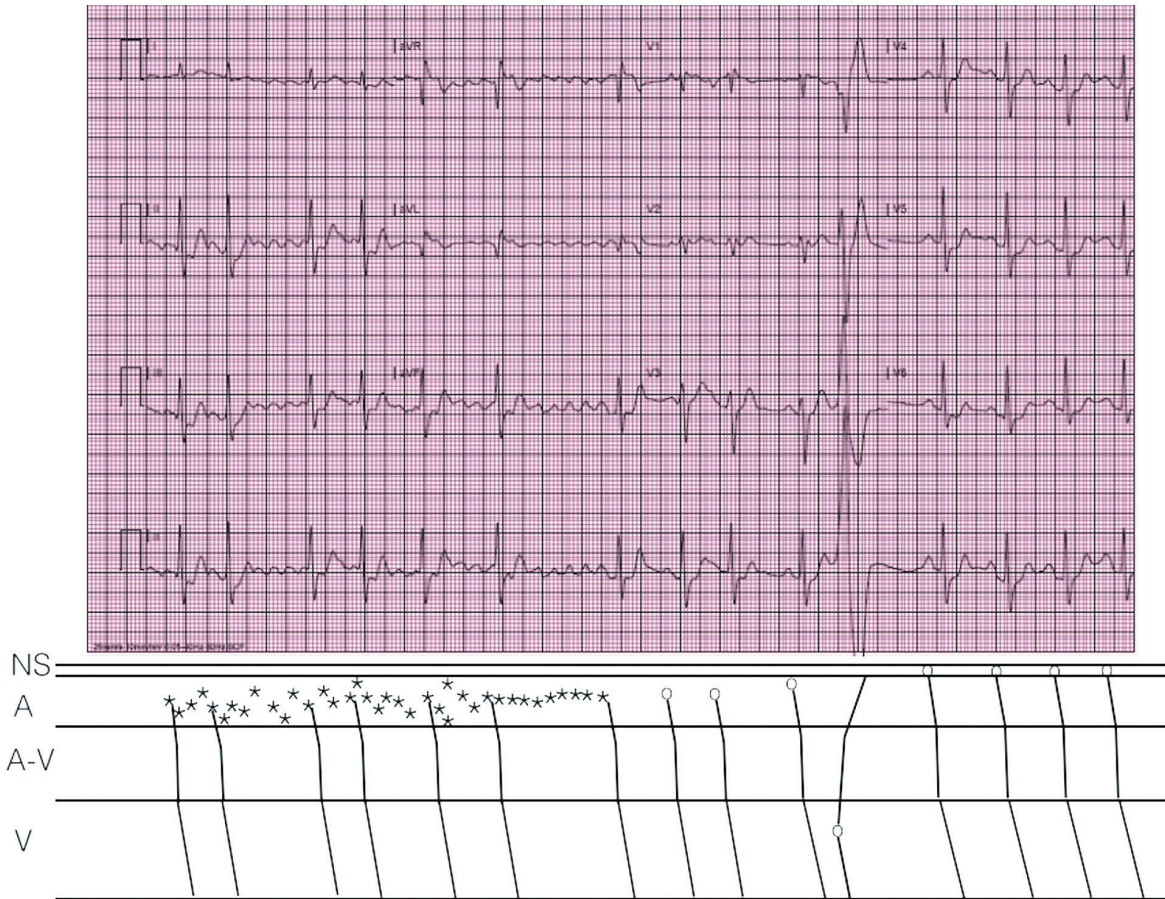


Figura 4. Electrocardiograma de la taquicardia 1 + Explicación gráfica.

Nuevamente podemos dividir en análisis del electrocardiograma en tres segmentos de izquierda a derecha. En el primer segmento (primeros 6 latidos) se observa un ritmo de base con ausencia de ondas P, en su lugar se observa es una despolarización desorganizada de las aurículas, que se registra en el electrocardiograma cómo ondas f (en el grafico se representan cómo asteriscos) y complejos QRS estrechos, con RR irregular, lo cual corresponde con una fibrilación auricular. En el segundo segmento (siguientes 5 latidos), se observa una tendencia a regularización de las ondas f, que terminan en un complejo QRS no precedido por onda P, el cual representa el final de la fibrilación auricular. Los siguientes tres latidos tienen una onda P diferente a la sinusal, por lo que se trata de extrasístoles supraventriculares y por último se observa un latido con QRS ancho, no precedido por onda P que corresponde a una nueva extrasístole ventricular. Finalmente, en el último segmento del EKG (últimos 4 latidos) tras una pausa compensatoria, se puede observar nuevamente ondas P con morfología similar a la sinusal, seguidas por un QRS estrecho y RR regular, que corresponde a el retorno al ritmo basal del paciente que era de taquicardia sinusal.

Al finalizar la prueba de esfuerzo, se mantuvo a ritmo sinusal y asintomático. En este caso, por tratarse de un paciente con antecedente de palpitaciones frecuentes, en quien se documentó episodios de fibrilación auricular paroxística sintomática (clasificación EHRA 2) el paciente podría ser candidato a estrategia de control del ritmo cardiaco, ya sea mediante antiarrítmicos o ablación de venas pulmonares, y tomando en cuenta su puntaje de CHADS-Vasc (2 puntos) se podría beneficiar de anticoagulación crónica. El paciente fue referido a la unidad de arritmias para el manejo definitivo de su fibrilación auricular.