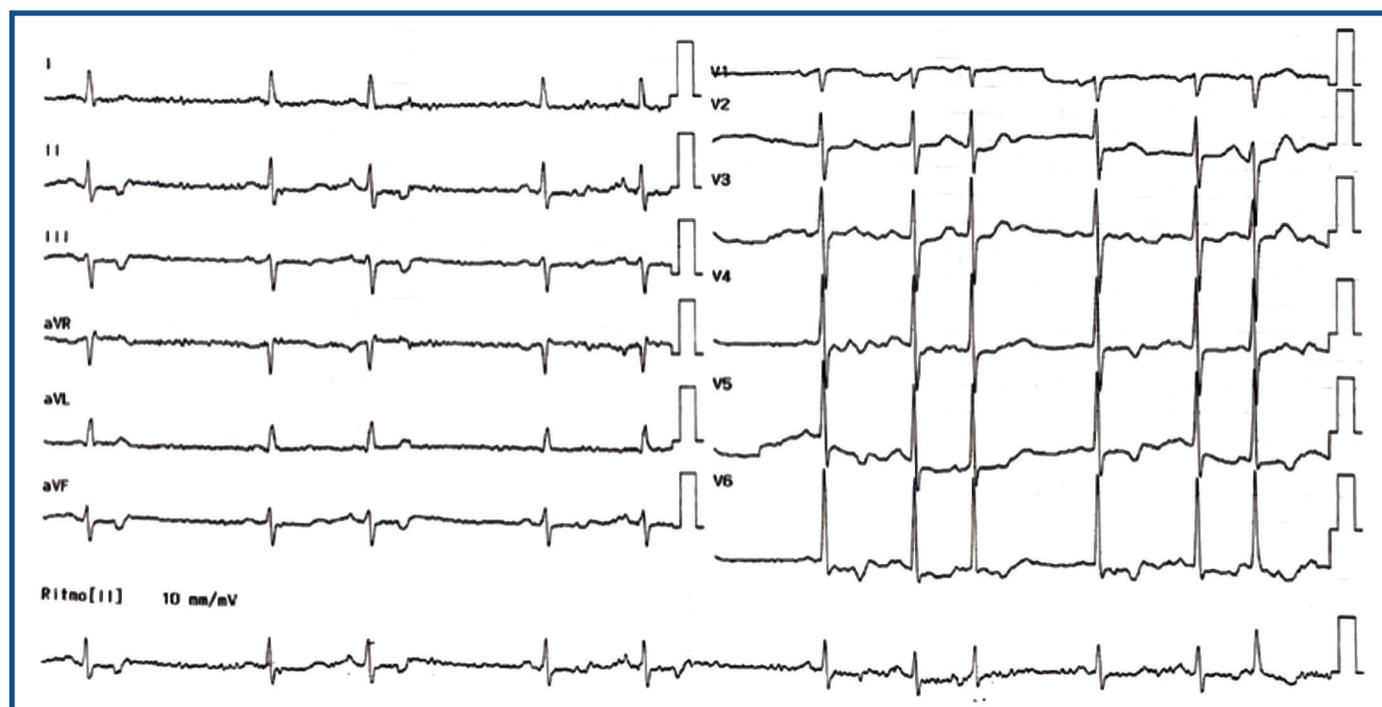


Dr. Luis Diego Solís Solís

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

Paciente femenina de 65 años. Con antecedente de HTA, controlada adecuadamente en tratamiento médico. Consultó a clínica periférica para cita de rutina de su hipertensión arterial, le realizaron un electrocardiograma el cual fue interpretado como anormal y es referida a la consulta de urgencias para valorar el implante de un marcapasos. Refiere que se siente bien, niega dolor torácico, síncope o lipotimias. En ocasiones muy aisladas siente palpitaciones de pocos segundos de duración. Se adjunta el electrocardiograma que se muestra a continuación.

Electrocardiograma (Figura 1):



El ritmo que se observa en el trazado de electrocardiograma corresponde a:

- A) Bradicardia sinusal.
- B) Ritmo sinusal de base con bloqueo AV de segundo grado Mobitz 2 transitorio y extrasístoles supraventriculares aisladas.
- C) Fibrilación auricular.
- D) Ritmo sinusal de base y trigeminismo supraventricular con bloqueo AV en algunas extrasístoles y otras adecuadamente conducidas.
- E) Bradicardia sinusal + Arritmia sinusal respiratoria.

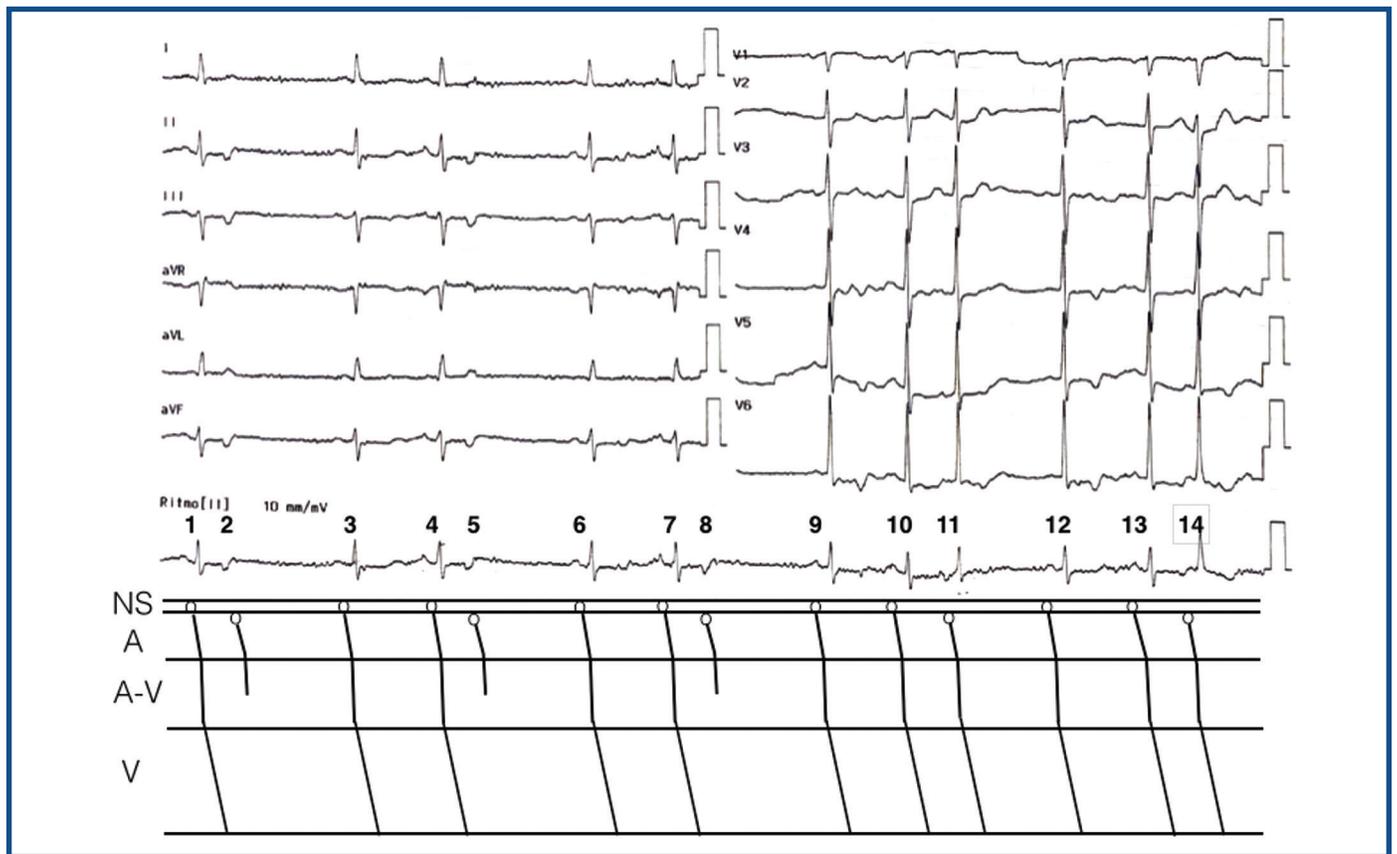
RESPUESTA

d) Ritmo sinusal + trigeminismo supraventricular con algunas extrasístoles con bloqueo de conducción AV

En el electrocardiograma mostrado, se puede observar un ritmo sinusal de base con extrasístoles auriculares frecuentes en forma de trigeminismo supraventricular. Las primeras tres extrasístoles que se observan en el trazado, se bloquean a nivel del nodo AV por lo que no se conducen al ventrículo y no generan un QRS; mientras que las últimas dos extrasístoles sí se conducen al ventrículo generando el respectivo QRS

En la representación gráfica de los trazados (Figura 2), 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 el DII largo del electrocardiograma, los latidos se enumeran del 1 al 14 para facilitar la descripción del trazado.

Electrocardiograma + Explicación gráfica (Figura 2):



El primer latido del electrocardiograma corresponde a un latido sinusal, se observa una onda P originada a nivel del nodo sinusal (NS) que se conduce adecuadamente a través del nodo auriculo-ventricular (AV) y es seguida por un QRS estrecho. Durante la fase de repolarización ventricular tras ese primer latido, al final de la onda T, se observa una muesca que corresponde con una onda P con morfología diferente a la onda P del latido sinusal, la cual corresponde con una extrasístole auricular (latido enumerado como #2), con un intervalo de acoplamiento corto, por lo que la onda de despolarización generada por ese latido, encuentra el Nodo AV en período refractario absoluto y se bloquea su conducción (Extrasístole auricular bloqueada a nivel del nodo AV).

Electrocardiograma del mes.
Dr. Luis Diego Solís Solís



El tercer latido que se observa en el trazado, corresponde a un latido sinusal, que aparece tras una pausa no compensatoria posterior a la extrasístole supraventricular bloqueada. Seguidamente se observa un cuarto latido, que también es de origen sinusal, sin embargo al final de la onda T de dicho latido, se observa nuevamente una muesca similar a la descrita previamente, que también corresponde a una extrasístole auricular (latido #5) con un intervalo de acoplamiento corto, por lo que encuentra el NAV en período refractario absoluto y se bloquea. Este patrón se repite nuevamente durante los latidos siguientes (#6, #7 y #8) observando dos latidos sinusales y una nueva extrasístole auricular bloqueada.

Los latidos enumerados como #9 y #10 corresponden a latidos sinusales, seguidos por una nueva extrasístole auricular (latido #11) la cual tiene un intervalo de acoplamiento más largo que las anteriores, por lo que encuentra el nodo AV permeable y se logra conducir adecuadamente hacia ambos ventrículos, por lo que genera un QRS estrecho.

Tras una pausa no compensatoria, aparecen dos nuevos latidos sinusales (#12 y #13) seguidos de una nueva extrasístole auricular (latido #14) la cual tiene un intervalo de acoplamiento levemente más corto que la anterior, por lo que logra atravesar adecuadamente el nodo AV, pero al llegar a los ventrículos, encuentra el tejido de conducción en un período refractario relativo, por lo que el QRS generado tiene cambios sutiles en la morfología y es levemente más ancho que el QRS de los latidos sinusales previos.

Se puede observar de forma global, que hay un patrón de aparición de la extrasístole auricular, donde cada dos latidos sinusales, aparece una extrasístole auricular (ya sea bloqueada o conducida) por lo que podemos decir que estamos ante la presencia de un trigeminismo supraventricular.

Desde el punto de vista clínico, la aparición de extrasístoles supraventriculares bloqueadas a nivel del nodo AV, no son indicación para el implante de un marcapasos permanente, a diferencia de la presencia de bloqueos AV de alto grado durante el ritmo sinusal. En este caso, la decisión de instaurar algún tratamiento para las extrasístoles supraventriculares depende de la carga extrasistólica y de la sintomatología del paciente. En muchas ocasiones resuelven con terapia farmacológica antiarrítmica.