



Haga su diagnóstico

Make your diagnosis

Coordinador: DrC. Roberto Zayas Molina

Servicio de Arritmias y Estimulación Cardíaca. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Ciudad de La Habana, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Paciente masculino de 64 años fumador, hipertenso controlado, con diagnóstico previo de miocardiopatía dilatada que recibe tratamiento con Enalapril y diuréticos. Desde hace algunos meses presenta crisis ocasionales de palpitaciones sostenidas, muy sintomáticas que no han podido ser documentadas. En el estudio electrofisiológico (EEF) con la estimulación auricular, se le induce la taquicardia que se muestra a continuación:

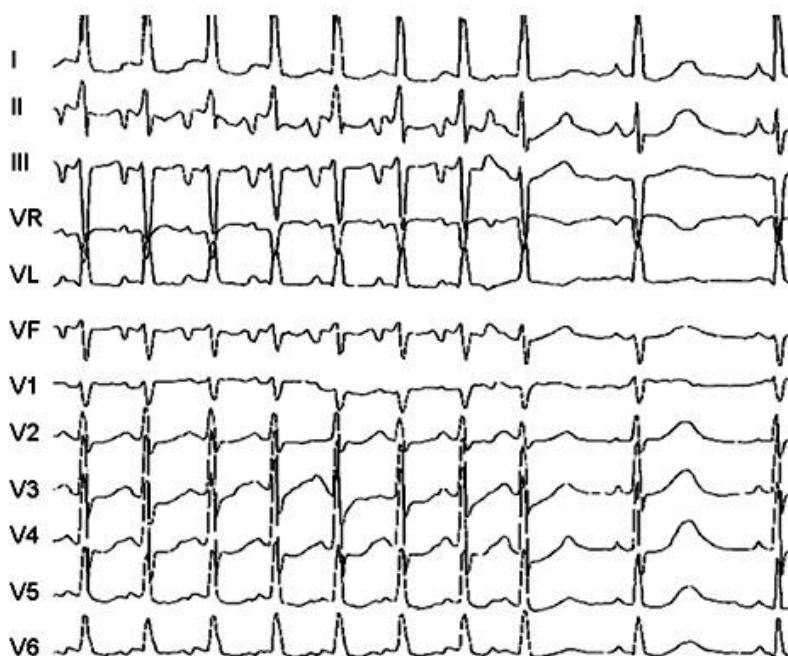


Figura 1. Electrocardiograma

1. ¿Cuál es su diagnóstico?

Durante el registro de la taquicardia, aparece lo siguiente por algunos segundos:

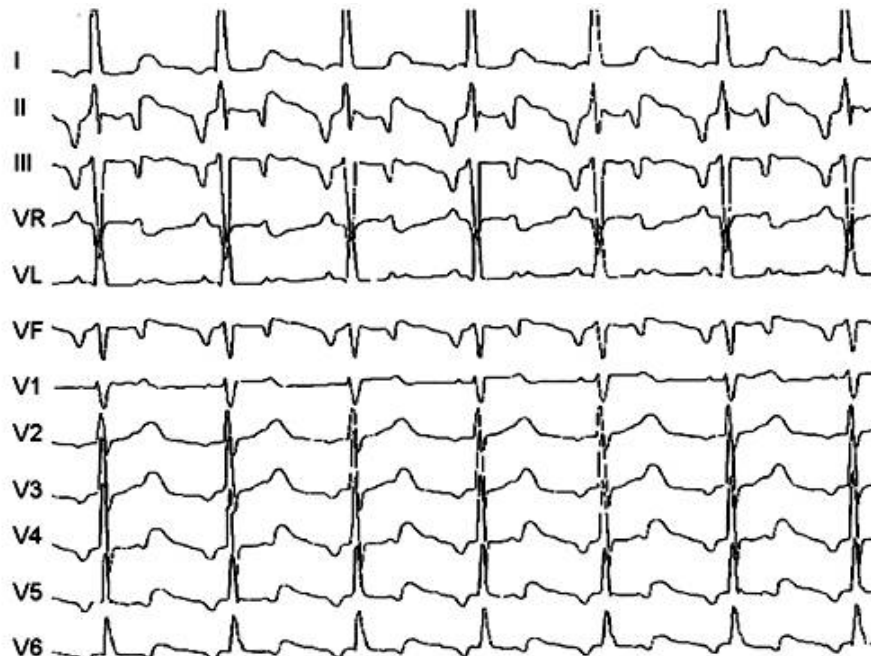


Figura 2. Electrocardiograma

1. Con este nuevo elemento electrocardiográfico: ¿Cuál sería su diagnóstico?

Respuesta

En el primer trazado (A), aparece una taquicardia con RP largo que finaliza de forma espontánea con una extrasístole auricular. Observe que las ondas P son negativas en la cara inferior y anteceden al QRS; el intervalo RP es largo y el complejo que termina la arritmia está anticipado, con una P cuya morfología es diferente a la del resto y el intervalo PR más largo (conducción oculta). El QRS que aparece durante el ritmo sinusal, terminada la arritmia, es idéntico al que se encuentra durante la taquicardia. La arritmia presentada en este trazado corresponderse con:

- Taquicardia con movimiento circular ortodrómica, por una vía accesoria (Vacc) aurículoventricular (AV) posterior o pósteroseptal, con conducción decremental.
- Taquicardia por reentrada nodal (TRN) del tipo no común.
- Taquicardia auricular (TA).
- Taquicardias de la unión AV.

El diagnóstico diferencial entre estas arritmias es difícil. En este caso, como la taquicardia clínica es paroxística y la inducida en el laboratorio termina con una extrasístole auricular, el dia-

gnóstico se inclina hacia las 3 primeras opciones planteadas; el hecho de que la arritmia debute después de los 60 años en un paciente masculino, fumador, con cardiopatía estructural, sugiere el diagnóstico de una TA, pero esto no elimina las otras posibilidades.

En el segundo trazado (B), aparece un bloqueo AV 2 a 1 durante la taquicardia, lo que descarta el mecanismo ortodrómico y la taquicardia por una Vacc decremental, para favorecer la posibilidad de la TA, a pesar de que la TRN (más frecuente en la mujer adulta) también puede producir un bloqueo 2 a 1.

Con ambos trazados la propuesta diagnóstica debe ser:

1. TA con bloqueo AV 2 a 1 intermitente.
2. TRN no común con bloqueo AV 2 a 1 intermitente, a descartar.

En el EEF se demostró que la taquicardia era auricular.