

DESDE EL ECG DE SUPERFICIE HASTA EL MECANISMO ELECTROFISIOLÓGICO: DOBLE FISIOLÓGIA NODAL PUESTA EN EVIDENCIA POR EXTRASISTOLES VENTRICULARES

Federico De La Rosa ¹; Camila Gurascier ¹; Diego Freire ¹

1 - Hospital de Clínicas.

Introducción

La taquicardia por reentrada nodal presenta gran prevalencia entre las taquicardias supraventriculares. El sustrato arrítmico más aceptado en la actualidad está determinado por la presencia de doble fisiología nodal. El nodo auriculoventricular desde el punto de vista funcional consta de al menos 2 vías, una con velocidad de conducción rápida y período refractario prolongado y una segunda vía nodal con velocidad de conducción lenta y un período refractario breve. Su relevancia radica en el tratamiento mediante la ablación con radiofrecuencia de la vía lenta. Muchas veces es difícil diagnosticar el tipo de arritmia a través del electrocardiograma y es necesario su estudio en el laboratorio de electrofisiología. Presentamos el siguiente caso clínico en el que a través del electrocardiograma se puede inferir este mecanismo arrítmico.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 69 años, jubilado, tabaquista intenso. Historia de disnea de esfuerzo clase funcional II, disnea de decúbito y disnea paroxística nocturna. Consulta en policlínica por episodios de palpitaciones rápidas regulares autolimitadas, en algunas ocasiones cesan con maniobras de valsalva. Al examen físico se encontraba lúcido, normotenso, bien perfundido; en lo cardiovascular no se veía ni se palpaba choque de punta, presentaba un ritmo regular de 75 cpm, primer ruido normal, soplo eyectivo en foco aórtico 3/6 con acmé tardío, segundo ruido disminuido con irradiación a vasos de cuello; no presentaba ingurgitación yugular, ni reflujo hepatoyugular o edemas de miembros inferiores. En lo pleuropulmonar se destacan estertores crepitantes en tercio inferior de ambos hemitórax.

Pruebas complementarias

ECG en DII (Figura)



Ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia excéntrica y aquinesia inferior, inferoseptal e inferolateral. La FEVI se encontraba moderadamente disminuida (35%). Válvula aórtica intensamente calcificada con estenosis severa de bajo flujo-bajo gradiente. Tiene pendiente la realización de un

Diagnóstico

Doble fisiología nodal

Discusión

El paciente refiere palpitaciones rápidas regulares autolimitadas las cuales pueden corresponder a taquicardia supraventricular paroxística, el cese brusco con maniobras de Valsalva aumenta la sospecha de que el nodo auriculoventricular participe de su génesis. En el electrocardiograma en DII (figura) se observa RS en torno a los 90 ciclos por minuto con un PR de aproximadamente 560ms (1) donde se interpreta que la conducción AV es mediada a través de una vía lenta donde la vía rápida se encuentra en periodo refractario. Una extrasístole ventricular (2) penetra en rama retrógrada en el nodo AV (conducción oculta) determinando que la vía lenta quede refractaria en el latido siguiente, permitiendo que éste se conduzca por la vía rápida con PR normal (3) Se observa a continuación luego de tres latidos conducidos con un PR normal, que nuevamente sucede otra EV (4) que genera el efecto opuesto, es decir bloquea la vía rápida y la conducción AV se vuelve a realizar a través de una vía lenta nodal. *Conclusión:* En este caso entonces las EV, mediante conducción oculta, ponen de manifiesto claramente la presencia de doble fisiología nodal.
