

# Masculino de 70 años con palpitaciones de larga data

Dr. Néstor Gorini

Estimados colegas.

Acá adjunto unos "tiritas" de registro ECG donde me gustaría vuestra colaboración en la interpretación del mecanismo involucrado.

Una de las cosas que me gustaría que me digan es si ven un fenómeno de Wenckebach retrógrado en algunos de dichos registros.

Además, podrán ver que algún episodio se inicia con QRS ancho (aberrancia) pero que, en otro, finaliza con dicho latido, cosa que no puedo interpretar, a menos que se trate de un latido aislado y no forme parte.

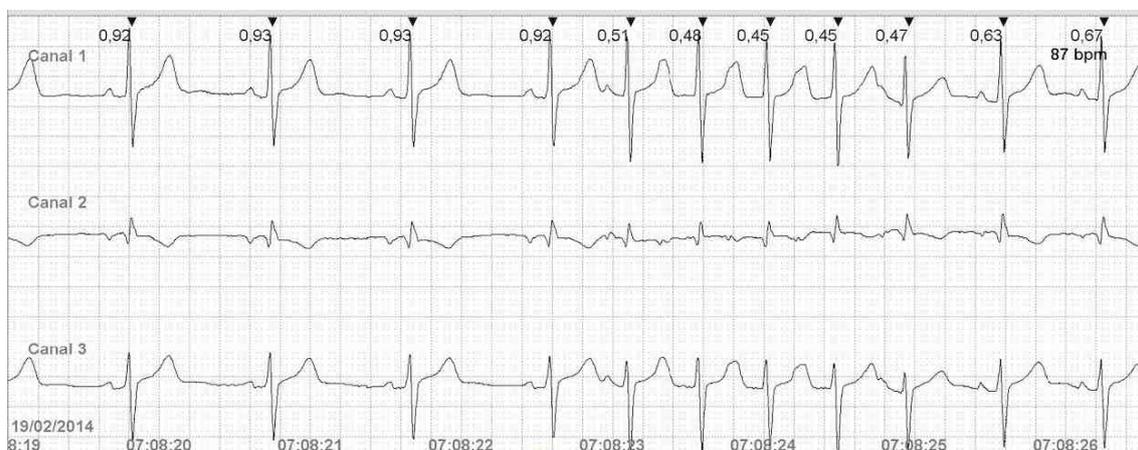
En fin, lo que en un principio me parecía algo sencillo, luego comenzó mi confusión y solicito vuestra ayuda.

Datos clínicos: Se trata de un hombre de 70 años, sano, sin antecedentes nosológicos de trascendencia clínica, no frágil, y que consulta por palpitaciones, las cuales presenta desde hace más de 10 años. No surge nada claro de porqué, luego de tantos años, se decide a consultar recién por estos días.

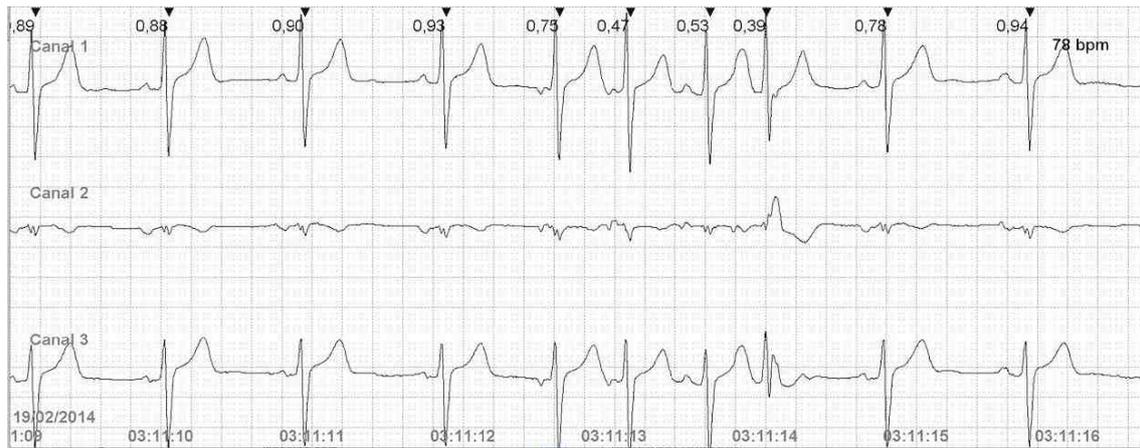
Nuevamente, agradeceré a aquellos que me ayuden a salir del embrollo (confusión) en la que me metí.

Saludos:

Néstor Gorini







Estimado Dr. Gorini: mi interpretación es que presenta crisis de taquicardias auriculares con 2 morfologías de ondas P, diferentes a la onda P basal y un latido supraventricular con conducción aberrante. El latido de la última tira es una EV. NO logro observar fenómeno de Wenchebach reverso, la onda P impresiona presentar un crecimiento auricular derecho y un trastorno de la conducción más evidente en canal 2 donde se observa patron rsr' taquicárdico dependiente. Por lo que si refiero diferentes morfologías de ondas P en crisis de taquiarritmias mi diagnóstico sería el de un **ritmo auricular caótico**.

Seguramente algún miembro del foro con más conocimientos aportara su análisis.  
Un cordial saludo  
Martín Ibarrola

---

Hola  
Buenos días a todos

Respecto de los trazados del Dr. Gorini, voy a manifestar mi impresión en cada uno de los casos.

Adelanto que en ninguno de ellos noto fenómeno de Wenckebach retrógrado, sólo arritmia auricular compleja con trastorno de la conducción intraventricular "funcional" y decremento en la conducción anterógrada por el NAV, ambos comportamientos fisiológicos y esperables del sistema de conducción supra e infraHis ante latidos auriculares precoces.

- En el trazado Nº 1 se observa taquicardia auricular con decremento en la conducción AV ciclo-dependiente. A ciclos (RR) cortos, el PR se alarga y si el PP de la taquicardia se "abre" sutilmente, el PR parece volver a acomodarse, haciendo notar la proporcionalidad inversa entre el PR y el RP en estos casos.
- En el trazado Nº 2 observo otra taquicardia auricular cuyo origen pareciera ser bajo, lo que explicaría en parte el PR más corto. Además cursa con pasaje AV variable (la 4ª P de la taquicardia no conduce).
- Al final del trazado Nº 3 se observa una ESV con conducción aberrante (impresiona BCRD).
- En el trazado Nº 4 observo lo que podría corresponder a ESV apareadas, en donde la primera ectopia conduce con aberrancia de la RD, no así el segundo latido ectópico. Aunque confieso que a primera impresión pensé en ESV con bloqueo de entrada al NS pero visiblemente ambas P son diferentes a la P sinusal, descartando siempre la EV interpolada puesto que es bien notoria la P precediendo al complejo Nº7 de la tira.
- Al comienzo del trazado Nº 5 se observa el cese de lo que impresiona ser una taquicardia auricular que concluye con pasaje AV 2:1. Luego RS hasta el final de la tira.
- El trazado Nº 6 sugiere una taquicardia auricular autolimitada, sin fenómenos raros en el pasaje por el eje NAV-His.
- En el último trazado (Nº 7) se observa una taquicardia auricular de 4 latidos con el último complejo presentando aberrancia "funcional" de la RD (ciclo-dependiente).

Por último recomiendo leer al Dr. Vincenzo Carbone en un artículo en donde estos fenómenos están bien explicados, aunque en idioma italiano. Se entiende bien de todas formas.

[http://www.aritmologiaincampania.it/Blocco-atrio-ventricolare-di-II?paginazione=oui&debut\\_art\\_casi=4](http://www.aritmologiaincampania.it/Blocco-atrio-ventricolare-di-II?paginazione=oui&debut_art_casi=4)

Muy lindos trazados!  
Un placer pertenecer a un foro tan rico y prestigioso.  
Saludos a todos

Damián Longo  
Técnico en Electrofisiología  
Complejo Médico Policial Churrucá-Visca  
Buenos Aires, Argentina

---

Muchas gracias por las opiniones.  
Como decía en mi consulta, la necesidad de dar una explicación algo diferente a cada episodio de arritmia auricular registrada, me hicieron dudar y me puse a buscar alguna otra explicación común a todas. Es allí cuando se me mezclaron las cosas, paré y solicité la opinión de Uds. La relación RP/PR, pausa previa larga/acoplamiento corto, no me alcanzaba para explicar todo y, sobretodo, porque una misma persona responde de una forma en un momento y de otra, en otro. Pero, justamente, la explicación puede ser esa: son diferentes momentos.  
Sé que estos comentarios no son muy de esta subespecialidad, sino que son más bien, clínicos; pero esa suele ser la forma en que encaró a mis pacientes.  
En ese mismo sentido, por ejemplo, en el artículo que citó Damián, se hace una referencia a Arritmia Sinusal fásica Respiratoria. Allí el Dr Víctor Carbone da una explicación de la fisiología de la misma muy clara y clásica; sin embargo, si yo hubiese estado en ese ateneo, lo primero que diría es que si hay algo que no tiene una persona gravemente enferma (como la del caso que se presenta allí), es una arritmia sinusal respiratorio o fisiológica, producto del simpaticotonismo (momento del paciente) que suele imperar en pacientes gravemente enfermos. ¿Qué hay excepciones? Siempre las hay, máxime en casos que van a ateneo como este, y donde me llama la atención de por qué no se explica (o no lo entiendo) que los PP no responden a ciclo (o fases) alguno, como sería de esperar con relación espiración/inspiración).  
Nuevamente, muchas gracias a la dedicación y meticolosos análisis de Damián y a la síntesis perfecta de Martín.  
Saludos:  
Néstor Gorini

---

Estimado Néstor. No son diferentes acoplaminetos y pausas, si el foco ectópico auricular captura al NS lo reciclará o bien provocará un bloqueo de salida del mismo. Por esto por momentos al cesar la taquicardia auricular ectópica por momentos retorna al ritmo de base y en otros presenta un latido ectópico auricular, la frecuencia

cardíaca sinusal intrínseca es menor que los focos auriculares, por lo que es esperable que éste se inhiba. Y presenta un bloqueo de rama taquicárdico dependiente.

Ud. refiere que no presenta cardiopatía estructural, es probable, pero dudo que a los 70 años no presente alteraciones de la relajación ventricular, fibrosis del anillo valvular mitral y aórtico, cuando observo un informe ecocardiográfico y el informe refiere normal, siempre me pregunto esto: ¿cómo puede referirme el parámetro normal cuando las estructuras presentan cambios degenerativos por su edad, son frecuentes y habituales, lo que no quiere decir normal?

Tal vez solo su paciente sufra de apneas del sueño, o era fumador, o su anatomía auricular se esté desorganizando, expresándose por las taquicardias auriculares ectópicas y probablemente evolucione a la fibrilación auricular, esto no lo puedo referir con certeza, más sí sería lo esperable. Me encantaría poder observar las cavidades derechas y estimar las presiones pulmonares.

Le envió un cordial saludo.

Martín Ibarrola

---

PAC a Néstor, a raíz de la conducción IV aberrante:

Querido amigo: hace poquito el maestro Adrián mencionó a Massod Akhtar, un gran electrofisiólogo formado en la escuela de Anthony Damato, gran amigo de nuestro team. Massod realizó excelentes trabajos sobre la conducción aberrante, cuyos resultados condujeron a explicar algunas inconsistencias del fenómeno de Ashman: "pausa previa larga-intervalo de acoplamiento corto" favorece la conducción ventricular aberrante. Massod demostró que en la génesis del fenómeno no interviene sólo la magnitud de la pausa previa al latido supraventricular prematuro sino la duración del intervalo que precedió a esa pausa (que llamaremos "pre-precedente"). Así, cuando el intervalo pre-precedente es más breve que la pausa que le sigue, el potencial de acción y la refractariedad creada por la pausa previa al latido prematuro serán más prolongados y eso favorecerá la aberrancia. Por el contrario, si la pausa pre-precedente es más larga que la pausa que precede al latido prematuro, el potencial de acción y el período refractario generados por ésta no serán tan largos como en la circunstancia anterior y ello no favorecerá la aparición de conducción aberrante. No tengo a mano un trazado ejemplo, pero puedes encontrar este tema desarrollado por el propio Masood en nuestro libro **Arritmias Cardíacas** (Elizari-Chiale) del 2003. Es un capítulo realmente muy bueno y que aclara perfectamente lo que he tratado (tal vez infructuosamente) de explicar: por qué con una pausa idéntica y un intervalo de acoplamiento también igual a veces se produce la conducción aberrante y otras veces no (por supuesto que lo que escribí es una sobresimplificación, porque falta considerar otros fenómenos de conducción, como el de "gap", por ej.). Un abrazo y buen domingo para todos

Pablo A. Chiale (PAC)

---

A PAC: Muchísimas gracias por tanta dedicación en desasnarme y mandarme a revisar algunos viejos conceptos de electrofisiología. Prometo hacer un esfuerzo y repasar el

tema. Digo esfuerzo pues al no dedicarme a esta especialidad, debo hacer un esfuerzo para encontrar el tiempo .. jeje

A Martín: También gracias por tu explicación, pero mis dudas se vinculan más a lo me dice PAC ya que no me refería a inhibiciones del marcapasos sinusal ni por su reciclado ni bloqueo de salida. No voy a decir nada más sobre aberrancia hasta no repasar el tema como me sugirió PAC ya que bloqueos de fase 3 o 4 pueden a llegar a ser, también, conceptos superados. Respecto a la existencia o no de cardiopatía estructural, no recuerdo haber dicho nada al respecto, sólo que, en líneas generales, se trata de una persona sana y, lo que es más importante a esa edad, no frágil. Y tampoco me voy a extender más en esto, pues es cuestión de otra disciplina y no quiero molestar en este foro que es muy específico.

Nuevamente, muchas gracias a todos.

Néstor

---