

# Períodos de Wenckebach de latidos alternos – 2015

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Los períodos de Wenckebach de latidos alternos pueden resultar de una lesión única que ha causado una prolongación extrema tanto del periodo refractario absoluto (PRA) cuanto del relativo (PRR), o pueden ser la consecuencia de dos lesiones independientes, una de las cuales causa el Wenckebach clásico (que no requiere una prolongación muy marcada de la refractariedad), mientras que la otra lesión, abajo de la primera, causa bloqueo 2:1. En este último caso, las dos lesiones **deben operar en serie y no en paralelo**, y el Wenckebach de latidos alternos pueden ocurrir más fácilmente si el bloqueo de Wenckebach se encuentra arriba del bloqueo 2:1. El Wenckebach de latidos alternos también puede ocurrir si el bloqueo 1:2 es superior al bloqueo Wenckebach clásico; pero en tal caso, la prolongación de la refractariedad en la lesión más baja debe ser tan grande que el Wenckebach de latidos alternos pueda producirse dentro de la propia lesión inferior, si la FC sinusal es la adecuada. Para determinar si el Wenckebach de latidos alternos responde a una doble lesión, un electrodo de registro intracaviatario debe colocarse entre las dos lesiones. en el nodo AV y la lesión menor en un fascículo de la rama izquierda; o con un electrograma de la parte proximal de las ramas del haz, si la lesión es superior en el haz de His y la lesión menor en una de las ramas del haz. Sin embargo, si una doble lesión se produce más abajo en uno de los fascículos de la rama izquierda, puede ser extremadamente difícil diferenciar. Por consiguiente, en todas las otras observaciones clínicas, así como experimentales, fue imposible determinar si el Wenckebach de latidos alternos era debido a una lesión única o doble.

Una demostración de Wenckebach de latidos alternos aparentemente causada por una única lesión fue reportada por Schuilenburg y Durrer. El paciente era un hombre de 27 años cuyo ECG básico mostraba RBBB y bloqueo AV 2:1 este en el haz de His, con split His (H y H'), con un intervalo AH constante, y un bloqueo 2:1 HH'. Cuando la FC se incrementó a 110bpm se produjo un Wenckebach de latidos alternos típico y, mientras todos los demás impulsos auriculares fueron bloqueado entre H y H', los impulsos intercaladas mostraron una progresión Wenckebach

típica también entre H y H', hasta dos deflexiones H consecutivas fracasaron para ser seguido por H'. Los autores describen esto como un "período Wenckebach superpuesto a una relación de bloqueo 2: 1 HH' HH." Entre varias interpretaciones posibles, favorecen la explicación de que la región gravemente afectada se encuentra dentro del haz de His, y toda la explicación se basa en "la suposición de que la zona de tejido con deterioro de conducción tiene un período refractario muy largo". Este caso dá apoyo a la interpretación con respecto a la existencia de Wenckebach de latidos alternos causada por una lesión única. Cuando se hace referencia al "número de lesiones", causando Wenckebach de latidos alternos, debe quedar claro que implicamos las lesiones estrictamente responsable de los cambios fisiológicos que determinan la aparición de la Wenckebach de latidos alternos, por lo tanto, los que se producen en el fascículo críticamente afectado. En la mayoría de las observaciones, estuvieron presentes en otros fascículos. Ya se trate de una lesión única o doble el, Wenckebach de latidos alternos se produjo con mayor frecuencia a nivel intraventricular. En todos los casos clínicos, Wenckebach de latidos alternos se asoció con bloqueo intraventricular, como RBBB o LAFB. Esto sugirió que el Wenckebach de latidos alternos ocurre más comúnmente en el tronco de la rama izquierda, o una de sus divisiones. Por lo tanto, el Wenckebach de latidos alternos es más comúnmente de localización infranodal. Sin embargo, puede ocurrir en el nodo AV, y algunos informaron casos de períodos de Wenckebach atípicos en el aleteo auricular y la FA probablemente representan ejemplos de Wenckebach de latidos alternos nodales. La ubicación infranodal de Wenckebach de latidos alternos es de gran importancia. Es bien sabido que los períodos de Wenckebach clásicos ocurren predominantemente en el nodo AV, mientras que el bloqueo Mobitz II es invariablemente infranodal. Sin embargo, esta regla tiene excepciones, y se ha demostrado, tanto clínica como experimentalmente, que se producen períodos Wenckebach en el haz de His, ramas del haz, o principales divisiones de la rama izquierda. Por lo tanto, no es sorprendente que Wenckebach de latidos alternos debe ocurrir debajo del nodo AV. Aunque las razones son desconocidas, el punto clínico importante es que Wenckebach de latidos alternos tenga un mal pronóstico, en la medida que puede ocasionar Adams-Stokes y bloqueo AV completo. La localización anatómica es la que determina el pronóstico, consecuentemente el bloqueo AV relacionado con la participación del sistema de conducción intraventricular es mucho más grave que el bloqueo AV relacionado con afectación nodal. El Wenckebach de latidos alternos

tiende a ocurrir en pacientes en los que uno o dos fascículos la conducción está totalmente interrumpida, y el (o los) fascículo/s restante/s es/son el/los único/s que todavía puede transmitir el impulso, aunque precariamente. Bajo tales condiciones, la implantación de un marcapasos artificial es mandatoria. En presencia de una gran prolongación de la refractariedad, la ocurrencia de Wenckebach de latidos alternos está relacionada con la FC. Es comprensible que, en todos los casos, Wenckebach de latidos alternos se observó cuando la FC fue relativamente rápida, ya sea espontáneamente o durante maniobras de taquicardia inducida. El Wenckebach de latidos alternos es una forma particular de bloqueo AV 2: 1 en la que el Wenckebach de latidos alternos sólo se produce a FC rápidas apropiadas.