

# Mujer de 70 años con palpitaciones – 2013

Dr. Martín Ibarrola

Estimados integrantes del foro: les adjunto la imagen del registro Holter de una paciente de 70 años que consulta por palpitaciones. Antecedentes de HTA medicada con losartan, hidroclorotiazida. Policitemia Vera medicada con hidroxiurea.

En el ECG RS 70 por min. Signos de crecimiento auricular izquierdo, PR normal, sin trastornos de conducción. QTc normal.

¿Qué les impresiona lo observado en el trazado en el Holter? ¿Alguna observación que explique este fenómeno observado en la arritmia?

Un saludo

Martín Ibarrola

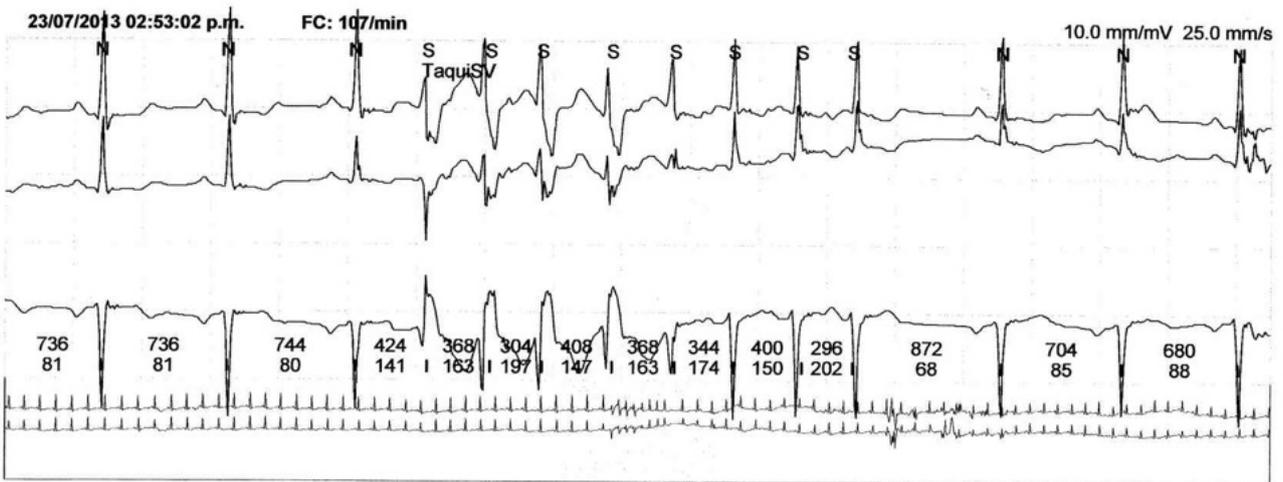
DR MARTIN IBAROLA

23/07/2013 01:26:34 p.m.

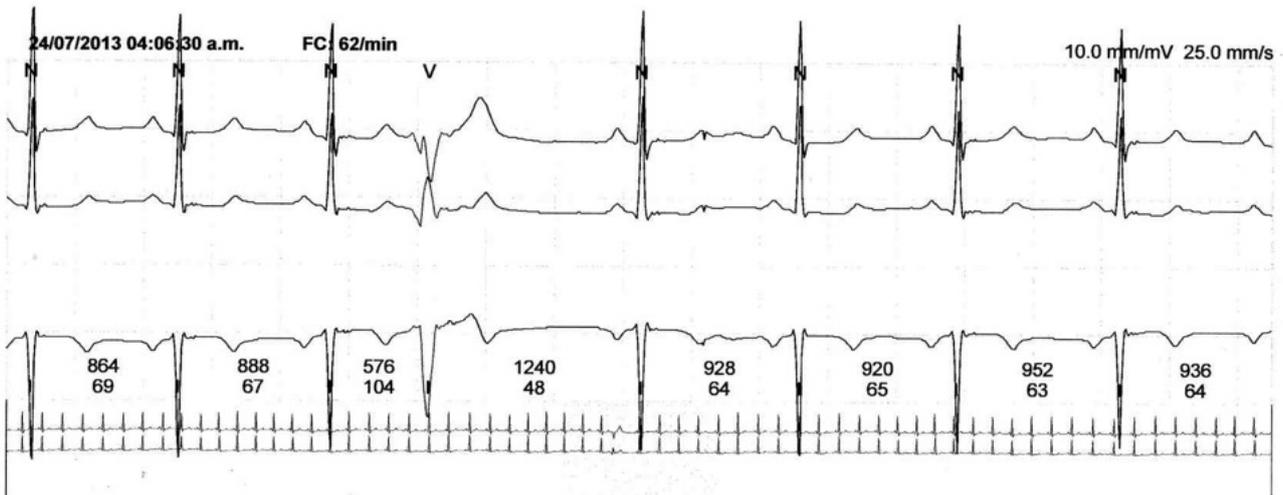
Nombre del pac.: ZI

Nº del paciente. :

Seleccionado :



Comentarios :



# OPINIONES DE COLEGAS

Hola Martín: el trazado muestra una taquiarritmia auricular con conducción aberrante en la rama derecha, que parece tener un comportamiento fisiológico excepto por un latido con un intervalo RR de 408 mseg, que sigue con la morfología del BRD. La desaparición del bloqueo es progresiva ya que antes de que la conducción IV se normalice hay un latido con BRD incompleto. Todo esto es frecuente en las taquiarritmias auriculares paroxísticas e indica que se trataría de un fenómeno fisiológico (uso el potencial porque el comportamiento de la conducción depende no sólo de la frecuencia sino del tiempo durante el cual la frecuencia se mantiene elevada; existen casos en los que el bloqueo de rama desaparece inicialmente y luego vuelve a reaparecer sin cambios en la frecuencia y eso indica una anomalía de la conducción en estadio todavía temprano).

Ahora bien: hay que explicar por qué se mantiene el BRD cuando el intervalo del ciclo se prolonga a más de 400 mseg. Debemos admitir que para que el BRD siga durante un período de frecuencia elevada debe haber un fenómeno de "encadenamiento" (invasión retrógrada oculta) de la rama en cuestión que inicia un nuevo período refractario a la vez que abrevia la ligadura efectiva del latido siguiente para esa rama; o penetración anterógrada oculta de cada uno de esos latidos durante el período refractario relativo del tejido de conducción en cuestión. Bueno, lo que sucede en ese latido con intervalo RR más prolongado es muy difícil de interpretar y verdaderamente lo que podemos hacer es dar sólo especulaciones, algunas más lógicas y otras más fantasiosas, así que prefiero archivarlas para que los foristas no crean que estoy extraviado.....

Hola de nuevo Martín: no había visto el trazado inferior. que muestra un latido ventricular prematuro con muy clara conducción retrógrada hacia las aurículas.

Un abrazo

Pablo A Chiale †

Taquicardia ventricular autolimitada (también puede ser una supraventricular con conducción aberrante con imagen de BRD), seguida de taquicardia supraventricular también autolimitada. Luego en la segunda tira se ve extrasistolia ventricular con pausa compensatoria.

Saludos

Eduardo Quiñones

---

Hola Eduardo; creo que es más factible tu segundo diagnóstico. Antes del primer latido aberrante hay una onda P, ya que comparando con los latidos previos, la repolarización es algo distinta; además el primer latido aberrante tiene no sólo BRD sino HBA (asumiendo que el 2do canal muestra una derivación similar D II,) que luego desaparece. ¿Por qué? Eso si lo podemos explicar con razonable probabilidad de no equivocarnos.

Hay allí un fenómeno de ciclo largo-ciclo corto (Ashman) que favorece la conducción aberrante en ese fascículo, en tanto que en el siguiente ciclo corto, la conducción por él se normaliza. De nuevo ¿por qué?

Dos posibilidades 1) la adaptación a los cambios en la frecuencia de la refractariedad en ese fascículo es mayor que en la rama derecha; 2) en ese latido la conducción por ese fascículo tuvo bloqueo anterógrado y retrógrado completo y por lo tanto, el intervalo diastólico del siguiente latido debe contarse (para ese fascículo) desde el latido previo al del bloqueo, con lo cual la refractariedad ya ha cesado tiempo ha y permite la conducción por el fascículo anterior. Esta interpretación es más problemática porque nos obliga a plantear que en el latido siguiente tal vez debería observarse un HBA, ya que para ese fascículo ha habido de nuevo un fenómeno de ciclo largo- ciclo corto. Por lo general, cuando una taquiarritmias comienza con QRS ancho y le sigue sin interrupción una taquicardia con QRS estrecho, salvo honrosas excepciones hay que votar por TSV con aberrancia transitoria.

Un abrazo

Pablo A Chiale †

Análisis del caso de la mujer de 70 años con palpitaciones de nuestro querido maestro Martin Ibarrola

Este es un típico ejemplo de mujer menopáusica con lo que yo denomino taquicardia atrial ectópica no sostenida que proviene de la aurícula derecha parasinusal cuyas características electrocardiográficas son

- tahycardia auricular de 3 a 60 latidos consecutivos
- ondas P similares a las ondas sinusales sugiriendo su origen parasinual
- frecuencia cardíaca irregular porque la frecuencia atrial es irregular
- deformación de las ondas T en cada latido de la arritmia por la superposición de la P sobre las ondas T
- el P-R varía de latido en latido

el 30% de las casos comienzan con 3 o 4 latidos con bloqueo derecho y luego se van normalizando el QRS independiente de la frecuencia atrial

El 80% de las mujeres menopáusicas que se quejan de palpitaciones presentan taquicardias atriales no sostenidas ectópicas parasinuales

¿Por qué esto? Porque los estrógenos y las relaxinas tienen una influencia crítica en la dilatación del anillo de la cava (a través del estímulo a los fibroblastos a segregar colágeno III es decir colágeno blando) y al fin de aumentar el flujo sanguíneo durante la diástole en el embarazo y de esta forma aumentar el *cardiac output* en un 30% sin aumentar la frecuencia cardíaca (por supuesto la mujer postmenopáusica pierde esta ventaja y es raro en mujeres fértiles)

El análisis del maestro Pablo Chiale (alias PAC) es importante del punto de vista electrofisiológico y muy probable correcto

El presente análisis es de un jovato clínico que parecería que estos datos son relevantes en este caso especial

Un fraternal abrazo a todos los amigos del forum desde estudiantes a profesores

Samuel Sclarovsky

Muchas gracias Dr. Chiale y Dr. Eduardo yo no observo variación en los intervalos de ciclos de la taquicardia, en el registro de Holter los intervalos referidos en mseg no se como el soft interpreta el intervalo entre los ciclos (observo midiéndoles que mide el punto máximo de los QRS, no el inicio de estos, lo que da una falsa impresión de la variaciones de los RR.

Comprendo la alternancia en la conducción de la rama derecha explicada por Ud, yo esperaria el fenómeno inverso, esto es que perpetuarse la taquicardia los períodos refractarios de la rama derecha se alteraran y dieran una conducción aberrante pero inversa a la observada.

No observo disociación AV, ni latidos de fusión, tampoco el tiempo de la activación de la onda R del BCRD contribuye a sospechar esta en mi criterio. La misma finaliza con el mismo intervalo RR que los latidos previos a la misma.

Es una taquicardia regular con alternancia en los QRS, esto comprendo se puede ver afectado por los períodos refractarios de las vías, pero los últimos 3 latidos de la tira de taquicardia son similares a los QRS previos, por lo que los diagnósticos diferenciales se hallan en las TPSV, y en las taquicardias ventriculares fasciculares (esto solo como diagnóstico diferencial).

¿Algún aporte o impresión? Con gusto acepto criticas a mi interpretación.

Un saludo

Martin Ibarrola

---

Hola Martín: el fenómeno inverso al que se ve en tu caso hablaría de patología en la rama y no sería un fenómeno funcional. Podés ver bien este tema en un paper que publicamos en JACC en 2004;23(3):724-732, titulado **Overdrive prolongation of refractoriness and fatigue in the early stages of human bundle branch disease.**

En ese estudio diferenciamos, según la respuesta del período refractario de las ramas al aumento de la frecuencia y al tiempo durante el cual ésta se sostiene diferentes estadios, desde la normalidad hasta la anormalidad más avanzada. Por ej. definimos como respuesta N (normal) del período refractario anterógrado de una rama al que se abrevia con el aumento de la frecuencia y también durante períodos relativamente prolongados de sobreestimulación y que no muestra el comportamiento opuesto (prolongación del período refractario frecuencia y tiempo dependiente) durante la administración de ajmalina.

Un abrazo

Pablo A Chiale †