

Haga su diagnóstico

DR. ENRIQUE MERCADAL CALAF

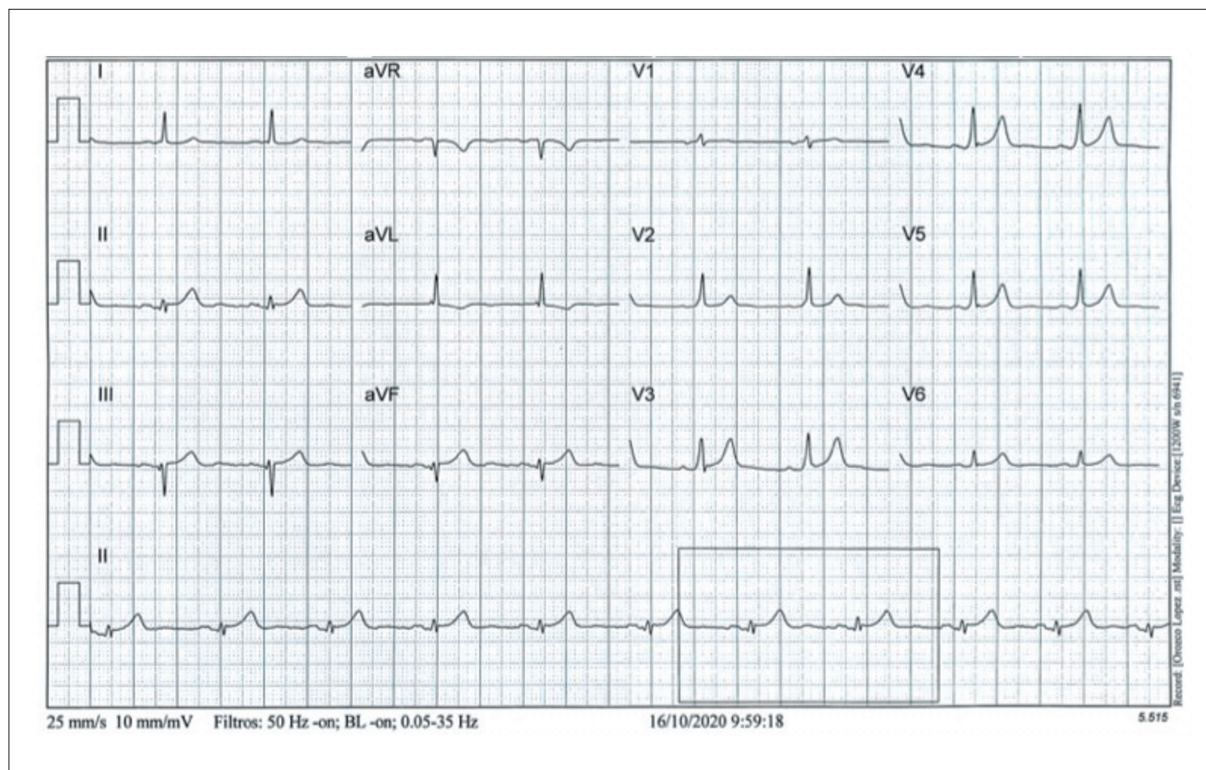
Cardiólogo - Instituto de Cardiología

Presentación del caso

Se trata de un paciente de sexo masculino, 65 años, portador de una Hipertensión Arterial leve en tratamiento con Candesartán 16 mg/día y con antecedentes de crisis de Taquicardia Paroxística Supraventricular desde la juventud. Sus crisis son

poco frecuentes y responden al tratamiento con Adenosina y/o maniobras vagales.

Su última crisis fue en octubre del 2020, se revirtió con Adenosina 6 mg ev y su ECG posterior a la taquicardia es el que se muestra a continuación:



¿Cuál es su diagnóstico?

El ECG muestra Ritmo Sinusal con una frecuencia de 62 lpm. EL PR es de 180 ms y el eje eléctrico está a -20° . La onda P mide 140ms y es bimodal en D2, D3, aVF y de V4 a V6, con un componente negativo lento en V1, hallazgos sugerentes de crecimiento auricular izquierdo. El QRS mide 62ms y el QT/QTc es de 386/392ms (Bazzet).

El ECG muestra un patrón rS en D3, ausencia de ondas Q septales en D1 y V6 y un “enlentecimiento” del QRS con una pequeña muesca en las derivaciones precordiales (Onda Delta) todos hechos sugerentes de pre-excitación por fibras de Mahaim.¹

Los síndromes de pre-excitación se caracterizan por alteraciones en la propagación de la actividad auricular hacia los ventrículos. La actividad generada en las aurículas alcanza los ventrículos antes de tiempo debido a la existencia de alguna forma de cortocircuito que se salta el Nódulo AV. Existen tres tipos de cortocircuitos.²

- a) El puente muscular clásico descubierto por Kent son fibras que comunican los atrios con los ventrículos y que constituyen la base del síndrome de Wolf Parkinson White, caracterizado por PR corto y Onda Delta presente.
- b) Las fibras de James que comunican el atrio

con el Haz de His (fibras atriohisianas) y son la base del Síndrome de Long Ganong Levine caracterizado por PR corto y ausencia de onda Delta

- c) Fibras de Mahaim que conectan en Nódulo AV o el atrio Derecho con el Ventrículo Derecho por fibras nodoventriculares o atrioventriculares y su presencia en el ECG se caracteriza por PR normal y onda Delta presente, con ancho variable del QRS.

Como muchas veces la conexión es directamente a la Rama Derecha del HH ((vías nodofasciculares o atriofasciculares) el ECG tiene imagen de Bloqueo Completo de Rama Izquierda. Habitualmente estas fibras no tienen conducción retrógrada por lo que la taquicardia es antidrómica con conducción anterógrada por la vía accesoria y retrógrada por la rama derecha.

EL ECG del paciente corresponde a pre-exitación atrioventricular por fibras de Mahaim y se encuentra en espera de estudio electrofisiológico y terapia de ablación.

Bibliografía

1. Arrhythmia & Electrophysiology Review 2017; 6 (1): 29-32.
2. Braunwald Heart Disease. A text book of cardiovascular medicine, Eleventh edition, 2019.