



Imagen en medicina

Vía accesoria septal revelada por fibrilación auricular preexcitada

Septal accessory pathway revealed by pre-excited atrial fibrillation



Alejandro Lara García*, Lucía Canales Muñoz, Ricardo Martínez González y Sergio Castrejón Castrejón

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Presentamos el caso de un varón de 57 años sin antecedentes relevantes ni historia cardiológica previa. El paciente acudió a urgencias por un cuadro de palpitaciones de forma súbita que le despertaron de madrugada. Se le realizó un ECG de 12 derivaciones (fig. 1A) donde se observó una taquicardia a 200 lpm, aparentemente irregular, de QRS ancho de 130 ms con morfología de bloqueo completo de rama derecha y eje superior, negativa en aVR. En ocasiones, se intercalaban momentos donde se observaba trazado de QRS estrecho y eje inferior.

Sin un claro diagnóstico y dado que se encontraba estable hemodinámicamente, se administró un bolo de 12 mg de adenosina, sin producirse cambios significativos en la taquicardia. Del mismo modo, se administraron varios bolos de 20 mg de procainamida, con enlentecimiento de la taquicardia, pero sin resolución de esta. Finalmente se procedió a sedar al paciente para realizar una cardioversión eléctrica sincronizada a 150 J, siendo exitosa con salida a ritmo sinusal a 60 lpm. En el ECG en ritmo sinusal se observó preexcitación con onda delta negativa en V1, transición precoz de R en V2 y positiva en aVR (fig. 1B), sugiriendo todo ello la existencia de una vía accesoria septal que había iniciado con una fibrilación auricular preexcitada.

Nuestro caso es de interés dado que la fibrilación auricular preexcitada es una arritmia infrecuente pero peligrosa, ya que la existencia de una vía accesoria anterógrada con período refractario corto produce una conducción rápida hacia el ventrículo que puede degenerar en arritmias ventriculares graves. Como mensaje para no olvidar, hay que tener en cuenta que estas arritmias son de las pocas donde el uso de adenosina está contraindicado porque puede ser especialmente perjudicial: la adenosina produce un bloqueo en la conducción por el nodo auriculo-ventricular, de modo que todos los latidos pasarían a conducirse por la vía accesoria sin retardo en su conducción, y por tanto a elevada velocidad, pudiendo producir arritmias muy mal toleradas hemodinámicamente.

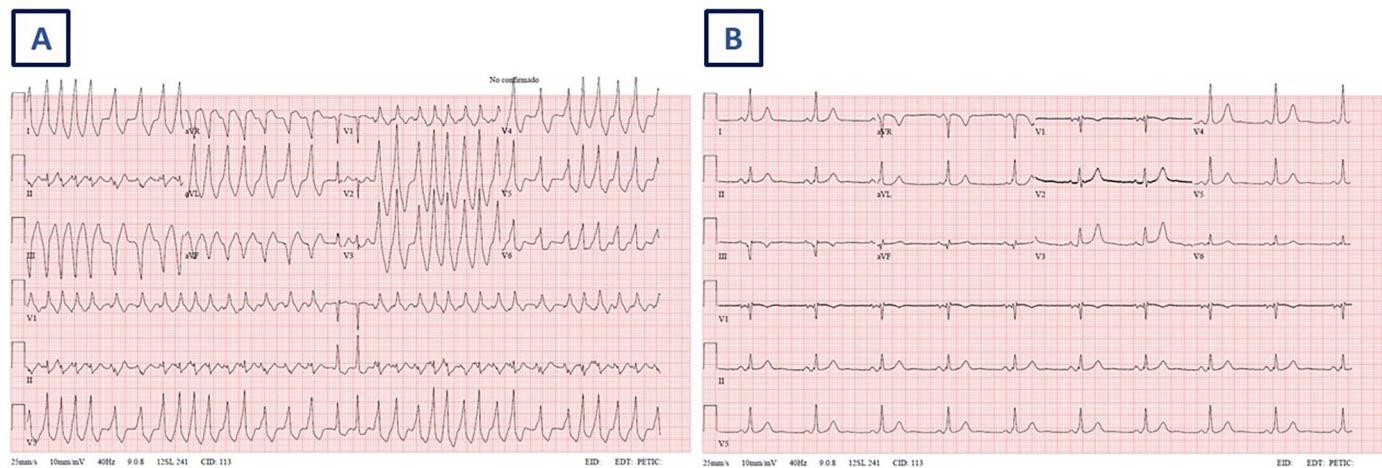


Figura 1. ECG de 12 derivaciones. A) Taquicardia a 200 lpm, aparentemente irregular, de QRS ancho de 130 ms con morfología de bloqueo completo de rama derecha y eje superior, negativa en aVR. B) Se observa preexcitación en el ritmo sinusal con onda delta negativa en V1, transición precoz de R en V2 y positiva en aVR.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: azlaragarcia@gmail.com (A. Lara García).

Consideraciones éticas

En el desarrollo del manuscrito se ha tenido en cuenta todas las consideraciones éticas.

Consentimiento informado

Los autores declaran que cuentan con el consentimiento verbal del paciente para poder difundir el caso clínico de forma anónima, habiéndose anonimizado cualquier dato personal para que no existan datos que puedan identificar al mismo.

Financiación

Artículo desarrollado sin financiación por terceras organizaciones. Desarrollo íntegro por un grupo de trabajo de un hospital universitario perteneciente al sistema sanitario de la comunidad de Madrid.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan ningún conflicto de intereses.