

Editorial

Aspectos generales de las arritmias en la preexcitación ventricular

Con frecuencia, al síndrome de preexcitación ventricular (SPV) se asocian otras arritmias cardíacas de formación y/o de conducción del impulso, por aumento o por depresión. Cualquier variedad de arritmia puede asociarse o alternar con el SPV. Esto es lo que le confiere su gran interés fisiopatológico y su mayor trascendencia pronóstica.

Existe SPV basal con arritmias de preexcitación o de otro tipo, y se presentan arritmias de preexcitación en ausencia del SPV basal. No se conoce la frecuencia real de estos problemas, y mucho menos la de las arritmias de preexcitación en los casos sin SPV basal (hechos más comunes de lo que se ha creído, con una base fisiopatológica semejante).

En las distintas series, se encuentran grandes variaciones en cuanto a los tipos y a la frecuencia de las arritmias en el SPV, dadas por múltiples factores.

Las arritmias de preexcitación comprenden: los complejos prematuros y la taquicardia de cortocircuito (auriculares y de la unión AV), la taquicardia pseudoventricular, y el ritmo y los escapes de la unión que coexisten con SPV. Estos últimos implican la existencia de conexiones nodofasciculares, y su diagnóstico diferencial con los fenómenos ventriculares debe tomar en cuenta la duración del enlentecimiento inicial (más de 0,12 s), puesto que en ambos existe retardo y no se observa onda P. Hay que descartar un ritmo originado en una conexión accesoría.

La asociación de la disfunción sinoauricular con el SPV es frecuente, y debe sospecharse en presencia de bradicardia, arritmia, pausa y arresto sinusales, fibrilación y aleteos auriculares, disociación AV, escapes de la unión AV y asistolia. Resulta fundamental el criterio diagnóstico a seguir, pues la bradicardia sinusal durante el sueño y otras arritmias, en ciertas circunstancias, son fenómenos meramente fisiológicos.

La arritmia sinusal es frecuente en el SPV, en otros pacientes y en sujetos saludables estudiados por electrocardiografía de 24 horas; es cuestión de grados y depende del método empleado para detectarla.

Muchas arritmias supraventriculares se diagnostican erróneamente como ventriculares y resulta difícil su diagnóstico diferencial. Las taquicardias con complejos ORS anchos en el SPV corresponden a fenómenos ventriculares, fibrilación auricular con conducción, aberrante, taquicardia pseudoventricular o taquicardia de cortocircuito, entre otros.

Las taquicardias de cortocircuito presentan, por lo general frecuencias ventriculares muy elevadas, irregularidad de los espacios R-R, complejos ORS alterados y de distinta morfología, ondas P identificables o ritmos auriculares disimiles (fibrilación auricular y ritmo sinusal a un tiempo).

Uno de los grandes problemas diagnósticos es la diferenciación entre los complejos aislados de preexcitación y los prematuros ventriculares del tipo R en P; la repetición de idénticos intervalos PR en el mismo trazado y la presencia de una onda delta, orientan a los primeros.

Se diagnostica la coexistencia de bloqueo de la rama derecha o del fascículo anterior izquierdo con SPV, por la presencia de un enlentecimiento terminal del ORS, que también se origina por grados máximos de preexcitación. No es posible diferenciar uno u otro bloqueo.

Los bloqueos tipo Wenckebach y 2:1 coexisten con SPV o se presentan en la vía accesoria.

El aumento evolutivo en la duración del complejo ORS coincide con la intensificación de las otras arritmias asociadas y la aparición de trastornos incontrolables o letales. Ello no quiere decir que los casos con gran duración del ORS, sin cambios evolutivos, se comporten así. El grado electrocardiográfico de la preexcitación no se relaciona con el tipo, la frecuencia, la intensidad y la severidad de las crisis, ni con su rebeldía al tratamiento.

El pronóstico de un paciente es dado por su cardiopatía de base o por el propio SPV y las otras arritmias asociadas, incluso letales.

La transición de una arritmia benigna a una maligna a veces es abrupta y una historia benigna no implica necesariamente un futuro benigno.

El estudio electrocardiográfico de 24 horas es más útil para determinar la frecuencia y variedades de las arritmias en el SPV, en relación con lo encontrado en los trazados rutinarios, debido a la variabilidad "espontánea" de estos fenómenos.

Los trazados rutinarios, en "cortes" durante el seguimiento por años de estos pacientes, son más útiles para el diagnóstico de las taquiarritmias.

Criterios y definiciones

Diagnóstico electrocardiográfico del SPV, en alguna de sus variedades

- 1. Signos de primer orden: brevedad del intervalo PR y presencia de onda delta en una o varias derivaciones.**
- 2. Signos de segundo orden: morfologías características del complejo ORS (por ejemplo, OS,RS, R, Rs en VI; Rs, R en V6; Os o Qr en DIII y aVF, etc.), ausencia de onda Q en derivaciones precordiales izquierdas, gran voltaje de la onda R en alguna derivación.**
- 3. Signos de tercer orden: prolongación de la deflexión intrinsecoide en alguna derivación; Inicio precoz de los vectores del ventrículo izquierdo; alteraciones de la repolarización ventricular (segmento RST y onda T) y aumento de la duración del complejo QRS.**

En presencia de uno o más signos de primer orden, su combinación con alguno o algunos de segundo o de tercer orden, la existencia de varios de segundo o de tercer orden en un trazado, se hace el diagnóstico de SPV. Los cambios evolutivos de esos signos se consideran de gran valor diagnóstico.

Variantes y formas intermedias dei SPV

- 1. Intervalo PR mayor de 0,12 s; presencia de onda delta; complejo ORS que iguala o excede 0,12 s.*
 - 2. Intervalo PR igual o menor de 0,12 s; presencia de onda delta, ORS de 0,10 s.*
 - 3. Intervalo PR y ORS que exceden 0,12 s; presencia de onda delta.*
 - 4. Síndrome de Lown-Ganong-Levine o excitación auriculoventricular acelerada, intervalo PR corto, menor de 0,12 s, con ORS normal.*
- SPV basal: presencia de signos eléctricos de preexcitación ventricular, de manera persistente, alternante, intermitente, aislada, en cualquier momento de la evolución del paciente.*
 - Arritmia de preexcitación: complejo o grupo de complejos con signos eléctricos de SPV, con SPV basal o sin él (complejos prematuros y taquicardia de cortocircuito, ritmo, complejos o taquicardia de la unión auriculoventricular y escapes con signos de preexcitación ventricular).*
 - Complejo prematuro de cortocircuito: elemento adelantado precedido de onda P, distancia P-P abreviada y signos eléctricos de SPV.*
 - Taquicardia de cortocircuito: frecuencia cardíaca elevada (100 complejos por minutos o más), signos eléctricos de SPV; espacios R-R variables y diversas formas de ORS.*
 - Ritmo, taquicardia, complejos prematuros, escapes y complejos aislados de la unión auriculoventricular que coexisten con SPV: ausencia de onda P, signos de SPV.*
 - Taquicardia pseudoventricular: ausencia de onda P, regularidad de los espacios R-R, frecuencia elevada, complejos QRS anchos, parecidos entre si. Semejante a una taquicardia ventricular.*

Dra. Margarita Dorantes Sánchez