

Fibrilación auricular por vía accesoria oculta: lo que los medicamentos pueden desenmascarar

Hidden accessory pathway atrial fibrillation: what medications can unmask

Geovedy Martínez García^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6258-3235>

Taimara Pérez Rivera¹ <https://orcid.org/0000-0002-7135-4223>

¹Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: geovedy@nauta.cu

RESUMEN

Las vías accesorias son fibras que comunican la aurícula o el nodo auriculoventricular con el ventrículo, por fuera del sistema normal de conducción del nódulo y del sistema *His-Purkinje*. La fibrilación auricular conducida a través de una vía accesoria es una de las taquicardias más temidas, ya que puede desencadenar una fibrilación ventricular y la muerte súbita del paciente. Por tal motivo se recomienda ablación de la vía accesoria en todos los pacientes con fibrilación auricular que conduce a través de ella. Todavía es más difícil el diagnóstico de esta arritmia si la vía accesoria está oculta. Se presenta el caso de un paciente el cual se le diagnosticó taquicardia auricular vs fibrilación auricular aberrada, al comenzar el tratamiento con atenolol se desenmascaró vía accesoria; de forma retrospectiva se realizó el diagnóstico de fibrilación auricular por vía accesoria oculta.

Palabras clave: fibrilación auricular; vía accesoria oculta; medicamentos antiarrítmicos.

ABSTRACT

The accessory pathways are fibers connecting the atrium or atrioventricular node with the ventricle, outside the normal conduction system. Atrial fibrillation conducted through an accessory pathway is one of the most feared tachycardias, since it can trigger ventricular fibrillation and the sudden death of the patient. For this reason, ablation of the accessory pathway is recommended in all patients with atrial fibrillation that leads through it. Diagnosis of this arrhythmia is even more difficult if the accessory pathway is hidden. The case of a patient who was diagnosed with atrial tachycardia vs. aberrated atrial fibrillation is reported. When treatment with atenolol began, the accessory route was unmasked; retrospectively, the diagnosis of atrial fibrillation was made through a hidden accessory pathway.

Keywords: atrial fibrillation; hidden accessory pathway; antiarrhythmic drugs.

Recibido: 14/04/2021

Aceptado: 30/07/2021

Introducción

En el corazón adulto sano el nodo auriculoventricular es la única vía específica de conducción, puesto que fuera de ella los anillos fibrosos y el cuerpo fibroso central separan por completo el miocardio auricular del ventricular. Sin embargo, existen conexiones musculares auriculoventriculares anormales o accesorias, en porcentaje no precisado, pero no despreciable, en corazones macroscópicamente normales auriculoventriculares en la remodelación posnatal. A estas conexiones se les conocen como vías accesorias de conducción (VA).⁽¹⁾

Los datos estadísticos relativos a la frecuencia de las VA varían según el material de cada autor. En general, se considera que la incidencia real en la población general se sitúa alrededor del 0,1 a 3 por 1 000 sujetos aparentemente sanos; con una media de 1,5 por 1 000. Se han observado en todas las edades, desde el nacimiento hasta la edad avanzada, aunque la mayoría de los casos (90 %) tiene menos de 50 años. Existe un predominio en el sexo masculino, que varía de 60 a 75 % de los enfermos.⁽²⁾

Los síndromes de preexcitación no serían sino una curiosidad electrocardiográfica, de no ser por las arritmias a las que dan lugar. De todas las taquicardias que pueden ser moduladas por la vía accesorias, la más común es la fibrilación auricular (FA). Su incidencia real es difícil de establecer; sin embargo, se ha situado en alrededor de 12 %.⁽³⁾

Se presenta el caso de un paciente con fibrilación auricular por vía accesorias oculta, que al imponer tratamiento con medicamento que enlentece la velocidad del sistema excitoconductor normal, desenmascara el síndrome de preexcitación.

Presentación del caso

Paciente EAS, masculino, de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial que lleva tratamiento con hidroclorotiazida y enalapril. Además, refiere antecedentes de hiperuricemia. Hace un año comenzó con palpitaciones frecuentes, por lo cual acudió al hospital municipal que le correspondía por su área de residencia. Allí le realizaron varios electrocardiogramas (ECG), y se le diagnosticó taquicardia auricular vs. fibrilación auricular con conducción aberrante, y se le impuso tratamiento con verapamilo por vía oral (Fig. 1).

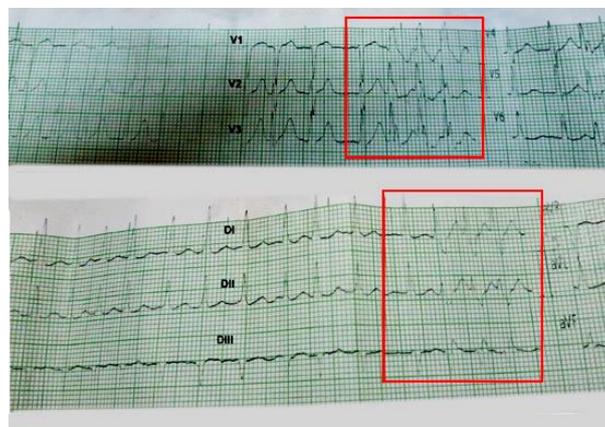


Fig 1- Electrocardiogramas (ECG), taquicardia auricular vs. Fibrilación auricular con conducción aberrante.

El paciente comenzó el tratamiento, pero al no ver mejoría, e incluso, encontrarse peor, decidió suspender. Después de ese evento el paciente se encontraba asintomático, hasta hace un mes que comenzó nuevamente con palpitaciones frecuentes, acompañados de vértigos en el momento del evento, por lo cual decidió acudir a consulta nuevamente.

El examen físico fue normal, con tensión arterial de 120/80 mm Hg, frecuencia cardiaca: 72 latidos/min. Al realizarle ECG no se observaron alteraciones, y se decidió modificar el tratamiento farmacológico, se incluyó en el mismo atenolol la dosis de 50 mg al día. Se coordinó nueva consulta en un intervalo de 15 días.

El día de la reconsulta el paciente refirió sentirse bien, sin alteraciones de su examen físico. Pero al observar el ECG realizado, presentaba intervalo PR corto (80 mseg), con presencia de onda delta y complejos QRS ensanchados, por lo cual se concluyó que el paciente era portador de una vía accesoria oculta de localización poseroseptal derecha, que fue desenmascarada por la utilización del fármaco β -bloqueador. Retrospectivamente, y al tener en cuenta el ECG realizado en el inicio de su dolencia, nos dimos cuenta que los complejos QRS anchos, no equidistantes, que en un momento se diagnosticó como taquicardia auricular o fibrilación auricular con conducción aberrante, en realidad eran parte de una fibrilación auricular conducida por la vía accesoria de forma intermitente (Fig. 2)

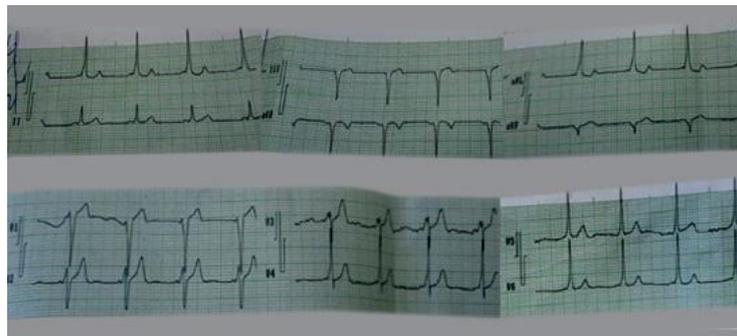


Fig 2- Con este nuevo diagnóstico se decidió eliminar el atenolol del tratamiento, y se coordinó la realización de ablación de la vía accesoria por electrofisiología.

Discusión

Las vías accesorias constituyen casi siempre una cardiopatía congénita, quizás por trastornos de la apoptosis, que participa en la eliminación de las conexiones auriculoventriculares. La presencia de una VA auriculoventricular es un presupuesto congénito aparentemente necesario, si bien no suficiente, para la existencia de preexcitación; su componente funcional (conducción anterógrada), actúa de tal manera que algunos factores adquiridos pueden condicionar las llamativas intermitencias del síndrome e incluso su eventual remisión a largo plazo; y viceversa, este mismo componente funcional explica la aparición tardía del síndrome de forma adquirida, como complicación de una cardiopatía (en especial, el infarto del miocardio).⁽⁴⁾

El diagnóstico electrocardiográfico de FA relacionada con vías accesorias debe sospecharse ante una taquiarritmia de frecuencia irregular con complejos ensanchados que presenta: frecuencia ventricular muy rápida, por arriba de 185 latidos por min; presencia de onda delta en los complejos ensanchados; localización de una vía accesoria en los latidos conducidos con preexcitación; distintos grados de ensanchamiento del complejo QRS que no siguen las leyes de la aberrancia; y presencia de complejos finos que pueden ser precoces o tardíos. A veces alternan series de latidos con o sin preexcitación.⁽⁵⁾

En los pacientes con vías accesorias, la muerte súbita es un episodio muy raro en los enfermos asintomáticos; el riesgo es de 0,1 % por año por paciente, aumenta a 1 % en aquellos que tienen taquicardias reciprocantes y llega a ser de 5,6 % en los que tienen crisis de FA con RR menor de 250 mseg.⁽⁶⁾

Los pacientes con el síndrome de *Wolff-Parkinson-White* que acuden a consulta con FA y una frecuencia ventricular rápida deberán someterse a cardioversión transtorácica en caso de inestabilidad hemodinámica. Si el paciente está hemodinámicamente estable, se puede administrar por vía endovenosa procainamida o ibutilida como farmacoterapia de cardioversión. La procainamida puede ser preferible a la ibutilida porque bloquea la conducción por la vía accesoria y reduce la frecuencia ventricular antes de la conversión de la FA al ritmo sinusal. Los digitálicos y los antagonistas del calcio están contraindicados en pacientes con las vías accesorias y FA. Estos agentes bloquean selectivamente la conducción en el nodo auriculoventricular (AV), que puede provocar aceleración de la conducción a través de la vía accesoria.⁽⁷⁾

El tratamiento preferible en pacientes con el síndrome de *Wolff-Parkinson-White* y FA con una frecuencia ventricular rápida es la ablación con catéter de la vía accesoria. La eficacia de la ablación con catéter es del 95 % en la mayoría de las vías accesorias y el riesgo de complicación grave es muy bajo. Normalmente no vuelve a producirse una FA después de la ablación satisfactoria de las vías accesorias, porque probablemente la FA en el síndrome de *Wolff-Parkinson-White* está inducida a menudo por taquicardia y es el resultado de una taquicardia recíproca AV.^(8,9)

Los pacientes con vías accesorias ocultas se diagnostican normalmente por presentar taquicardias ortodrómicas, pero en el caso que se presenta el paciente presentó FA por la vía, que se eliminó espontáneamente; y no se pudo observar las alteraciones electrocardiográficas propias del síndrome de preexcitación hasta que no se trató al paciente con un medicamento que disminuyera la velocidad de la conducción AV. Este caso nos demuestra lo importante de conocer la fisiopatología y electrofisiología de las arritmias, y los mecanismos de acción de los fármacos, para evitar reacciones adversas importantes debido a su uso.

Referencias bibliográficas

1. Moya-i-Mitjans A, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, Pérez-Rodón J, Roca-Luque I. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012;65(8):755-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.03.005>

2. Forero-Gómez JE, Moreno JM, Agudelo CA, Rodríguez-Arias EA, Sánchez-Moscoso PA. Fibrilación auricular: enfoque para el médico no cardiólogo. *Iatreia*. 2017 [acceso: 15/04/2021];30(4):404-22. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.itreia.v30n4a05>
3. Macle L, Cairns J, Leblanc K, Tsang T, Skanes A, Cox JL, *et al.* 2016 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol*. 2016 [acceso: 13/04/2021];32(10):1170-85. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.07.591>
4. Puga MB, Navia OLI, Gómez AH, Gómez KN. Fibrilación auricular por vía accesoria. *Rev Cuban Cardiol*. 2018 [acceso: 12/04/2021];24(2). Disponible en: http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/739/pdf_124
5. González JZ, Abud AM, Abud M, Picolini A, Szyszko AE. Fibrilación auricular en situaciones especiales. *Rev Urug Cardiol*. 2016 [acceso: 12/04/2021];31(1):138-64. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy>
6. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y el tratamiento de la fibrilación auricular. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Rev Esp Cardiol*. 2021 [acceso: 12/04/2021];74(5):437. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.10.022>
7. Restrepo-Jaramillo CA. Cardioversión farmacológica. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23 Suppl 5:S52-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.008>
8. Negrete-Salcedo A, Gil-Roncancio E. Estrategias para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23 Suppl 5:S108-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.017>
9. Figueras-Coll M, Sabaté-Rotés A, Rosés-Noguer F, Till J. ¿Vía accesoria aturdida o conducción intermitente? *An Pediatr (Barc)*. 2020;92(1):57-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.011>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.