

Taquicardia supraventricular de QRS estrecho

¹Benedito Pérez de Inestrosa T, ¹Vallecillos Pérez MM, ¹Torres Andrés B, ²Molina Pérez-Arados MN

¹El Ejido
²Hospital Torrecárdenas
 Almería

Mujer de raza blanca, de 40 años de edad, fumadora y sin otros hábitos tóxicos. Acude a consulta por presentar una taquicardia de aparición brusca. No es el primer episodio, pero en otras ocasiones en que había sufrido la arritmia no se había conseguido realizar el ECG debido a su breve duración.

Valores analíticos (incluyendo TSH) realizados hace un mes dentro de la normalidad.

Se efectúa un ECG en el que aparece una taquicardia regular a 115 lpm. No se detecta onda P y el QRS es estrecho, características típicas de la taquicardia supraventricular de QRS estrecho.

COMENTARIO

Es la causa más común de taquicardia paroxística supraventricular (60 %). Puede aparecer a cualquier edad, pero la mayoría se producen entre la cuarta y quinta décadas de la vida. El 70 % de los pacientes son mujeres. Puede observarse en

personas con y sin cardiopatía orgánica.

Es un ritmo ectópico debido a la descarga repetida de un foco hallado en el nodo AV a una frecuencia de 160-250 por minuto, producida por un mecanismo de reentrada. Suele tener un comienzo y cese bruscos. Las maniobras vagales pueden interrumpir la arritmia o por el contrario no afectarla en absoluto (ley del todo o nada).

La sintomatología depende de la frecuencia ventricular, la edad, la presencia de cardiopatía asociada, la duración del episodio, la ingesta de fármacos...

Un 30-40 % de estos pacientes puede sufrir dolor anginoso durante las crisis sin que exista una cardiopatía isquémica subyacente. Después de una crisis el ECG puede mostrar alteraciones de la repolarización (sobre todo ondas T negativas). Estos cambios no deben ser tomados como indicativos de cardiopatía isquémica subyacente.

Por lo general es una arritmia bien tolerada

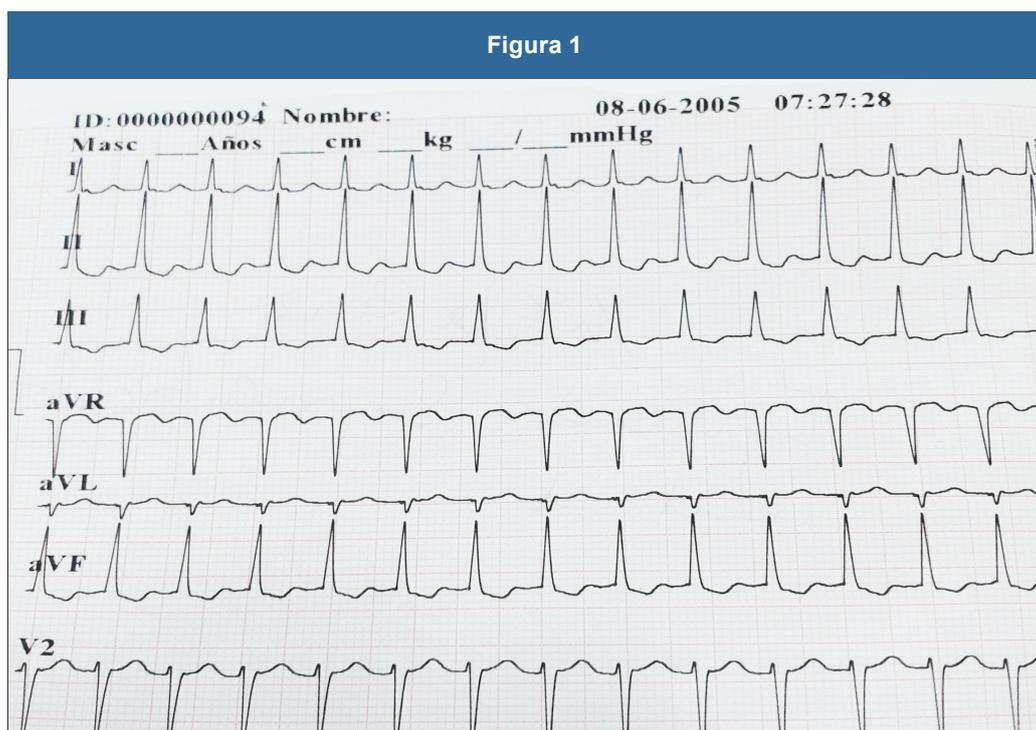


Figura 1

hemodinámicamente.

CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS

ONDAS P

- La reentrada se inicia tras una extrasístole auricular y rara vez tras una ventricular.
- Las ondas P no suelen ser visibles, ya que se producen casi simultáneamente con

los complejos QRS y quedan inscritas dentro de estos últimos. Cuando sean visibles serán negativas en II, III y aVF debido a que las aurículas se despolarizan en sentido cráneo-caudal.

CONDUCCIÓN AV

En los pacientes con reentrada en el nodo AV se distinguen al menos dos vías de conducción funcionalmente distintas en dicho nodo: una, de conducción rápida, tiene un periodo refractario alargado; la otra, con una conducción lenta, tiene un periodo refractario corto.

Durante el ritmo sinusal normal la conducción a través del nodo AV se realiza por la vía rápida exclusivamente.

La reentrada en el nodo AV se inicia típicamente por una despolarización prematura de la aurícula (extrasístole auricular) que queda bloqueada anterógradamente en la vía rápida (debido a que tiene un periodo refractario largo) y se conducirá anterógradamente y con lentitud por la vía lenta. Si la conducción anterógrada por esta vía es lo suficientemente lenta, dará tiempo a que la vía rápida deje de estar en periodo refractario y esto permitirá que el impulso se propague retrógradamente por la vía rápida hacia las aurículas, con lo que se cierra el circuito de reentrada.

COMPLEJOS QRS

- Frecuencia de 160-250 por minuto.
- Ritmo muy regular.
- Morfología: generalmente estrechos; si hay bloqueo de rama, conducción aberrante o WPW, serán anchos.
- El QRS suele ser estrecho, aunque si se conduce con aberrancia o hay un bloqueo de rama puede

ser ancho y confundirse con una taquicardia ventricular. Si se produjera esta última situación, se debe tratar al paciente como si se fuera una taquicardia ventricular mientras no se demuestre lo contrario.

MANIOBRAS TERAPÉUTICAS

Se deben realizar con el paciente monitorizado:

- Maniobras vagales: indicar al paciente que inspire profundamente y tras esto que realice una espiración forzada (maniobra de Valsalva).
- Masaje del seno carotídeo: realizar compresión mantenida durante 8 a 10 segundos de forma unilateral; si no resulta eficaz repetir la maniobra en el lado contrario.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Consiste en adenosina IV. Produce efectos similares a las maniobras vasovagales y al masaje del seno carotídeo. Sus efectos duran escasos segundos, pero es conveniente advertir al paciente de que se produce sensación de malestar general, disnea y opresión torácica que puede generar ansiedad.

Se debe evitar en pacientes asmáticos por la posibilidad de inducir broncoespasmo.

Si tras esta actuación la taquicardia revierte a ritmo sinusal, el diagnóstico probable es la taquicardia por reentrada en el nodo AV o taquicardia por reentrada aurículo-ventricular por vía accesoria ortodrómica.

Si con el abordaje inicial la arritmia no cede, se deben considerar como opciones diagnósticas la taquicardia auricular, la fibrilación auricular o el flutter auricular.

BIBLIOGRAFIA

- Marín MA, Castellanos E, Leal P. Manejo de las arritmias en Urgencias. En: Julián A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo 2005; pág 215-32.
- Torre JM, Jiménez L, Degayón H, López A, Mesa MD, Montero FJ. Taquiarritmias. En: Jiménez L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid: Elsevier 2004; pág 144-52.