

Puesta al día: Arritmias (V)

Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación

Jesús Almendral*, Eduardo Castellanos y Mercedes Ortiz

Unidad de Electrofisiología Cardíaca y Arritmología Clínica, Grupo Hospital de Madrid, Universidad CEU-San Pablo, Madrid, España

Historia del artículo:

On-line el 28 de marzo de 2012

Palabras clave:

Taquicardia paroxística supraventricular

Taquicardia reentrante nodal

Preexcitación

Vía accesoria

RESUMEN

Las taquicardias paroxísticas supraventriculares son ritmos rápidos y habitualmente regulares en los que alguna estructura por encima de la bifurcación del haz de His es necesaria para su mantenimiento. Los tres tipos más frecuentes son las taquicardias auriculares, las taquicardias reentrantes nodales y las taquicardias mediadas por una vía accesoria. Las dos últimas son las revisadas en este manuscrito. Son arritmias de pronóstico benigno en cuanto a la vida, aunque es típico que sean sintomáticas y crónicamente recidivantes, por lo que producen cierto grado de invalidez. Suelen aparecer en sujetos sin cardiopatía estructural. Su tratamiento puede ser farmacológico, pero dada la eficacia alcanzada por los procedimientos de ablación por catéter, con frecuencia se recurre a estos. La preexcitación ventricular se debe a la presencia de una vía accesoria, generalmente auriculoventricular. Puede cursar asintomática, produciendo un patrón electrocardiográfico característico, provocar taquicardias paroxísticas supraventriculares o propiciar otros tipos de arritmias. Muy rara vez pueden causar muerte súbita. El tratamiento de elección en los casos sintomáticos es la ablación por catéter de la vía accesoria. La actitud terapéutica en casos asintomáticos es motivo de controversia científica.

© 2011 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Paroxysmal Supraventricular Tachycardias and Preexcitation Syndromes

ABSTRACT

Paroxysmal supraventricular tachycardias are fast and usually regular rhythms that require some structure above the bifurcation of the His bundle to be continued. The 3 most common types are atrial tachycardias, atrioventricular nodal reentrant tachycardias, and tachycardias mediated by an accessory pathway. The last two varieties are discussed in the present manuscript. Their prognosis is benign regarding life expectancy but typically they are symptomatic and chronically recurrent, producing a certain disability. They usually occur in people without structural heart disease. Pharmacologic therapy is possible, but given the high efficacy of catheter ablation, these procedures are frequently chosen. Ventricular preexcitation is due to the presence of an accessory pathway, usually atrioventricular. The clinical course can be asymptomatic, generating a characteristic electrocardiographic pattern, produce paroxysmal supraventricular tachycardias, or facilitate other types of arrhythmias. Very rarely, they can cause sudden cardiac death. The treatment of choice for symptomatic patients is catheter ablation of the accessory pathway. The therapeutic attitude towards asymptomatic preexcitation remains controversial.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

© 2011 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Paroxysmal supraventricular tachycardia

Atrioventricular nodal reentrant tachycardia

Preexcitation

Accessory pathway

Abreviaturas

AV: auriculoventricular

TSV: taquiarritmia supraventricular

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

Taquiarritmias supraventriculares (TSV) son los ritmos rápidos en que alguna estructura por encima de la bifurcación del haz de

His es necesaria para su mantenimiento. Esta definición requiere algunas matizaciones: *a)* supone el concepto intuitivo de una distribución «de arriba abajo» de la anatomía cardíaca, en la que arriba están las aurículas, luego el sistema de conducción auriculoventricular (AV) (nodo AV, haz de His, ramas, red de Purkinje) y «abajo», los ventrículos, lo cual no se ajusta por completo a la realidad anatómica; *b)* se trata de una concepción mecanística, no electrocardiográfica, y *c)* este concepto se contrapone al de taquiarritmias ventriculares, situaciones en las que ninguna estructura por encima de la bifurcación del haz de His es necesaria para su mantenimiento; sin embargo, no se contrapone a la posibilidad de que el ventrículo sea necesario (además de estructuras supraventriculares) para la existencia de la taquicardia, cosa que ocurre en algún tipo de TSV.

En algunas TSV el tejido necesario para el mantenimiento de la arritmia está localizado exclusivamente en la aurícula

* Autor para correspondencia: Unidad de Electrofisiología, Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Oña 10, 28050 Madrid, España.

Correo electrónico: almendral@secardiologia.es (J. Almendral).

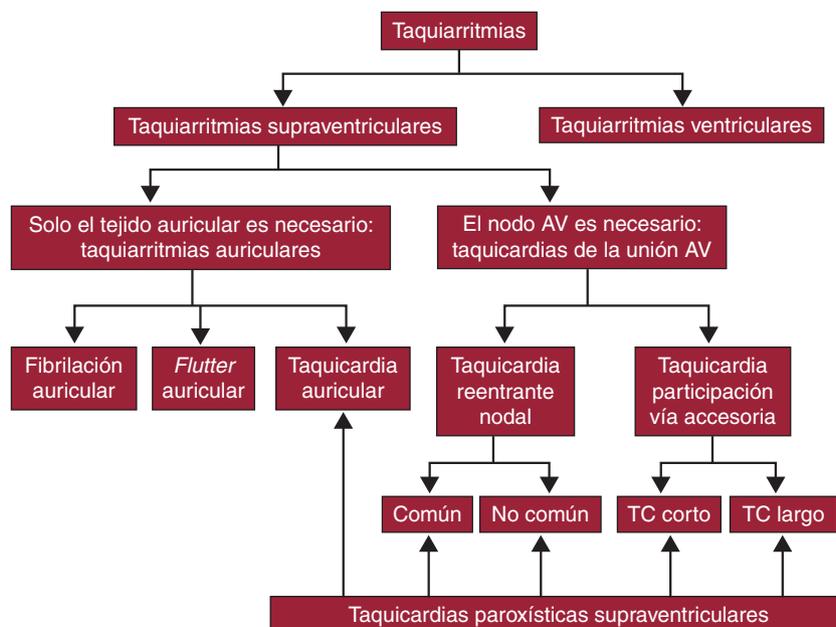


Figura 1. Esquema propuesto de clasificación de las taquiarritmias; se destacan en la parte baja las arritmias que se engloban en el concepto de taquicardias supraventriculares. AV: auriculoventricular; TC: tiempo de conducción.

(taquiarritmias auriculares), mientras que en otras, estructuras de la unión AV, habitualmente parte o todo el propio nodo AV, son necesarias para su mantenimiento (taquicardias de la unión AV). En general, el término taquicardia se refiere a las taquiarritmias en que hay regularidad en la cadencia de los impulsos, al menos a nivel auricular, por contraposición a las arritmias con irregularidad auricular, típicamente la fibrilación auricular. A un tipo especial de taquicardia se le asigna el nombre específico de *flutter* (o aleteo) auricular. Las taquicardias de la unión AV se subdividen en dos tipos: aquellas en que la única estructura de la unión AV necesaria radica en el propio nodo AV (taquicardia reentrante nodal) y aquellas en que una vía accesoria que conecta aurículas y ventrículos al margen del nodo AV participa como parte necesaria de un mecanismo reentrante (taquicardias con participación de vía accesoria). Estos conceptos de clasificación se presentan esquemáticamente en la **figura 1**, y en la **figura 2** se muestran diagramas de los dos tipos más frecuentes de taquicardia de la unión AV.

La forma más habitual en que se presentan clínicamente las taquicardias auriculares y de la unión AV es brusca, con episodios que comienzan y terminan súbitamente (paroxismos), de ahí que se les suele aplicar el término taquicardias paroxísticas. Por ello, el término taquicardia paroxística supraventricular, que da título este manuscrito, hace referencia a su regularidad (taquicardias), su presentación brusca (paroxística) y su mecanismo (supraventricular), englobando tanto las taquicardias auriculares como las reentrantes nodales y aquellas en que participan vías accesorias (**fig. 1**). Dado que en otro manuscrito de la presente serie de «Puesta al día: Arritmias» se trata de la taquicardia y el aleteo auriculares, nosotros nos referiremos exclusivamente a las taquicardias paroxísticas de la unión AV.

Debemos mencionar desde el principio que la gran herramienta para establecer el diagnóstico de las TSV es el electrocardiograma (ECG) y que los dos grandes marcadores electrocardiográficos de estas taquicardias son que los complejos QRS sean estrechos y los intervalos RR, regulares. Lo primero se debe a que la activación de los ventrículos se produce a través del sistema específico de conducción, igual que durante ritmo sinusal (**fig. 2**), y lo segundo, a la mencionada regularidad a que el término taquicardia alude. Sin embargo, aunque siempre que estos dos marcadores estén presentes podemos asegurar que se trata de una TSV, en algunas

ocasiones, en estas taquicardias, el complejo QRS es ancho o existe alguna irregularidad en sus intervalos.

Muy relacionados con las TSV están los síndromes de preexcitación ventricular, así llamados porque los ventrículos inician su activación (excitación) eléctrica antes de lo que cabría esperar, de ahí el término «preexcitación», o síndrome de Wolff-Parkinson-White aludiendo a quienes lo describieron. Este fenómeno se debe a la existencia de una conexión anómala o «vía accesoria» que típicamente «salta» el anillo de las válvulas mitral o tricúspide, insertándose proximalmente en algún punto auricular y distalmente en algún punto ventricular. Comoquiera que la conducción en estas vías accesorias suele transcurrir con mayor velocidad que en el nodo AV, los impulsos que proceden de

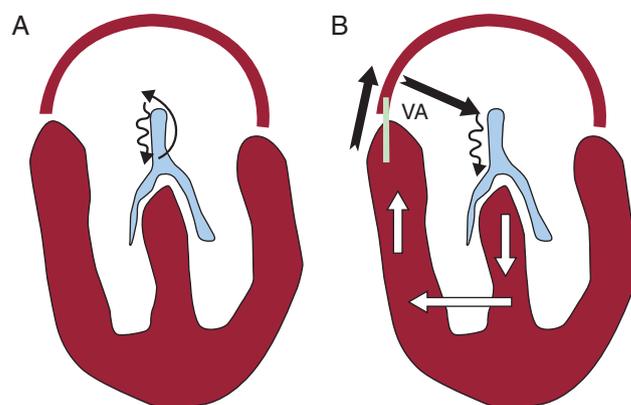


Figura 2. Diagrama ilustrativo de los dos tipos más frecuentes de taquicardia supraventricular paroxística. En ambos paneles, el esquema anatómico muestra la arquitectura auricular y ventricular en rojo y el sistema de conducción auriculoventricular en azul. A: taquicardia reentrante nodal; se trata de un mecanismo de reentrada que involucra todo o parte del nodo auriculoventricular como única estructura de la unión auriculoventricular necesaria (flechas finas en negro). B: taquicardia con participación de una vía accesoria; en este caso el mecanismo de reentrada involucra el nodo auriculoventricular, el His-Purkinje, tejido ventricular, la propia vía accesoria mediante la cual la conducción retorna a la aurícula y esta es utilizada para la conducción de nuevo hasta el nodo auriculoventricular. VA: vía accesoria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3014379>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3014379>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)