

Pausa inesperada. ¿Cuál es el mecanismo?

El trazado electrocardiográfico publicado en vuestra sección "Imágenes en Medicina" nos impresiona más como un bloqueo AV paroxístico que como disociación AV, diagnóstico que proponen sus autores¹.

La disociación AV (no debida a bloqueo AV completo anterógrado) es una arritmia interesante desde el punto de vista fisiológico pero de escasa repercusión clínica y aún menor significado pronóstico. En su forma más común los ventrículos son gobernados por un ritmo de la unión AV más rápido que el sino-auricular. Las ondas P sino-auriculares fracasan en conducir a los ventrículos debido a la refractariedad fisiológica inducida por el latido precedente del marcapasos subsidiario. Puede aparecer en corazones sanos o estar asociada a intoxicación digitalica, carditis reumática activa, infarto agudo de miocardio de cara inferior o al post-operatorio de cirugía cardíaca a cielo abierto.

El término "interferencia" no es muy feliz y se presta a confusiones, ya que diferentes autores han calificado así a dos situaciones distintas: a) cuando un latido sinusal captura los ventrículos e "interfiere" con el ritmo unional dominante ("disociación AV con interferencia") o b) cuando coinciden temporalmente el latido sino-auricular anterógrado y el unional retrógrado, "estorbándose" mutuamente ("disociación AV por interferencia"). Por eso muchos prefieren prescindir de la palabra "interferencia" en la descripción de la disociación AV².

Para considerar al trazado como disociación AV no observamos ningún ritmo de marcapasos subsidiario que compita con el sino-auricular, ni mucho menos que cause "interferencia" (en cualquiera de sus dos acepciones). Sólo se observan puras ondas P después del último QRS extrasistólico

En segundo lugar, la paciente tuvo al menos dos episodios de síncope (uno que motivó su ingreso y otro en la Unidad Coronaria), circunstancia clínica extraña en una disociación AV clásica.

El bloqueo AV paroxístico es una arritmia de efectos clínicos más graves que la disociación AV. Puede estar asociada a vagotonía, circunstancia que puede resolverse con medidas sencillas, pero algunos terminan en marcapasos definitivo. Puede aparecer en pacientes con enfermedad del sistema de conducción (en general lesión en el haz de His). El bloqueo suele iniciarse por aceleración de la frecuencia sinusal o por una extrasístole manifiesta u oculta que hace que el latido sino-auricular caiga en período refractario y se mantenga por conducción

oculta repetitiva o por hipo-polarización, despolarización diastólica espontánea y corrimiento del umbral de despolarización hacia el O³⁻⁵. Existe también una tercera forma que no reconoce origen vagal ni enfermedad del sistema de conducción⁶.

En el trazado publicado no se muestra la resolución del episodio paroxístico, así que sólo podemos hacer conjeturas. Si el bloqueo es debido a enfermedad del sistema de conducción, comentamos que se sale del mismo por alguna extrasístole unional o ventricular retroconducida que recicla al nodo sino-auricular y hace caer la próxima onda P en zona de conducción o que produce en su camino retrógrado el "pelado" (*peeling-off*) de la refractariedad del His y la región AV facilitando el pasaje anterógrado del próximo estímulo sino-auricular.

El tratamiento definitivo del bloqueo AV paroxístico sintomático es el implante de un marcapasos electrónico, solución correctamente implementada en esta paciente.

Saúl Drajer, César Kogan

Clínica de la Esperanza, Buenos Aires, Argentina

e-mail: sdrajer@hotmail.com

1. Miranda Hermosilla R, Femenía F, Pérez Riera AR, Barranchuk A. Imágenes en Medicina. Pausa inesperada. ¿Cuál es el mecanismo? *Medicina (B Aires)* 2011; 71: 166.
2. Marriott HJL. Interactions between atria and ventricles during interference-dissociation and complete A-V block. *Am Heart J* 1957; 53: 884-9.
3. Rosenbaum MB, Elizari MV, Levi RJ, Nau GJ. Paroxysmal atrioventricular block related to hypopolarization and spontaneous diastolic depolarization. *Chest* 1973; 63: 678-88.
4. Lee S, Wellens HJJ, Josephson ME. Paroxysmal atrioventricular block. *Heart Rhythm* 2009; 6: 1229-34.
5. El-Sherif N, Jalife J. Paroxysmal atrioventricular block: Are phase 3 and phase 4 mechanisms or misnomers? *Heart Rhythm* 2009; 6: 1514-21.
6. Brignole M, Deharo JC, De Roy L, et al. Syncope due to idiopathic paroxysmal atrioventricular block: Long-term follow-up of a distinct form of atrioventricular block. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58: 167-73.

- - - -

Agradecemos la lectura detenida de nuestro artículo por los Dres. Drajer y Kogan. En su carta hacen referencia a una imagen que publicamos en *Medicina (B Aires)*¹, acerca de un interesante trazado electrocardiográfico que demuestra un mecanismo no tan infrecuente de

ver como ellos señalan, si se busca con suficiente detenimiento. Nosotros concordamos en que interferencia no es un término feliz, pero fue la forma en la que fue traducido del inglés en los libros clásicos de electrocardiografía.

No concordamos con su apreciación de bloqueo AV paroxístico, ya que en la literatura referenciada por ellos, este fenómeno de disociación iniciada por un latido ectópico (ventricular o hisiano) no fue detectada en ninguno de los pacientes incluidos en la serie².

Nosotros consideramos al latido ectópico como una pieza fundamental para entender la secuencia de eventos que se suceden, y así fue explicado en el texto original.

Adrian Baranchuk¹, Francisco Femenía²

¹Heart Rhythm Service, Queen's University,
Kingston, Ontario, Canada

²Servicio de Arritmias, Hospital Español, Mendoza,
Argentina

e-mail: barancha@kgh.kari.net

1. Miranda Hermosilla R, Femenía F, Pérez Riera AR, Baranchuk A. Imágenes en Medicina. Pausa inesperada. ¿Cuál es el mecanismo? *Medicina (B Aires)* 2011; 71: 166.
2. Brignole M, Deharo JC, De Roy L, et al. Syncope due to idiopathic paroxysmal atrioventricular block: Long-term follow-up of a distinct form of atrioventricular block. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58: 167-73.