

## Doble aberrancia que simula una dupla ventricular

MARCELO TRIVI\*, GUILLERMO de ELIZALDE, GIANNI CORRADO

Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

\* Para optar a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

Trabajo recibido para su publicación: 5/89. Aceptado: 8/85

Dirección para separatas: Gascón 450, Capital (1181)

*Se presentan el electrocardiograma y el monitoreo Holter de una paciente, que exhibe pares de latidos anchos, que impresionan como una dupla extrasistólica ventricular. Sin embargo el primer componente de la misma corresponde a una extrasístole ventricular angosta interpolada, con aberrancia en la rama derecha, mientras que el segundo corresponde a un latido sinusal, también aberrante. La combinación de estas dos curiosas aberrancias parece ser inédita, a entender por los autores. Se discute la conducción aberrante de las extrasístoles ventriculares angostas e interpoladas y el diagnóstico diferencial con duplas ventriculares verdaderas.*

La presencia de fenómenos repetitivos otorga una especial jerarquía a la extrasistolia ventricular, ya que sugiere severidad clínica de la arritmia, con sus implicancias pronósticas y terapéuticas<sup>1</sup>. Es importante entonces, su correcto reconocimiento y su diferenciación de aquéllos que no son verdaderos fenómenos repetitivos. Una situación que puede plantear dificultades diagnósticas es la extrasistolia ventricular interpolada, sobre todo cuando el latido sinusal post-extrasistólico se conduce al ventrículo con aberrancia.

Las extrasístoles ventriculares interpoladas son aquéllas que se intercalan entre dos latidos sinusales y no tienen pausa compensadora. El latido sinusal que sigue a la extrasístole es conducido a los ventriculos con éxito, aunque generalmente exhibe una prolongación del intervalo PR, por recuperación incompleta del nódulo AV, debida a conducción oculta retrógrada de la extrasístole. Menos frecuentemente el enlentecimiento del impulso aparece en las ramas del Haz de His, causando conducción intraventricular aberrante. Cuando ocurre esto último, se observan dos latidos anchos consecutivos: la extrasístole ventricular y el latido sinusal que le sigue, simulando así una dupla extrasistólica ventricular.

La mayor parte de las extrasístoles ventriculares

que se interpolan son "anchas" (duración del QRS > de 0.12 seg); sin embargo en algunas oportunidades se puede observar la interpolación de extrasístoles ventriculares angostas. Estas últimas nacen de las porciones proximales de las ramas del Haz de His, y por esta razón el impulso alcanza más precozmente al territorio ventricular que depende de la rama de la cual nace.

Se establece así un desfase en la secuencia de la despolarización ventricular. La imagen del QRS resultante simula un leve retardo de la conducción en el territorio que depende de las otras ramas.

Al nacer de la parte alta del sistema de conducción, estas extrasístoles pueden "teóricamente" conducirse al ventrículo con aberrancia, tal como lo hacen con frecuencia las extrasístoles supraventriculares.

En esta comunicación se presenta un caso muy poco común, en el cual se observan dos latidos anchos consecutivos que simulan una dupla extrasistólica ventricular, siendo sin embargo ambos, el resultado de la conducción aberrante de dos latidos: una extrasístole ventricular angosta interpolada y el latido sinusal siguiente.

Se trata de una paciente de 39 años que concurre al Hospital por padecer de palpaciones y mareos. Se le detectaron extrasístoles ventriculares frecuentes, siendo normal el resto del examen cardiológico. El electrocardiograma (Fig. 1) muestra ritmo sinusal y extrasístoles frecuentes que reúnen las siguientes características: no se hallan precedidas de onda P, su duración es menor de 0.10 seg, su ligadura varía sensiblemente (como se ve en la parte inferior de la figura, entre 480 y 640 msec) y su morfología remeda un bloqueo incompleto de rama derecha con hemibloqueo posterior, todo lo cual sugiere el diagnóstico de extrasístoles ventriculares angostas que nacen en la raíz de la división anterior de la rama izquierda. Frecuentemente se presentan interpoladas.

La Fig. 2 muestra un registro de Holter de dos

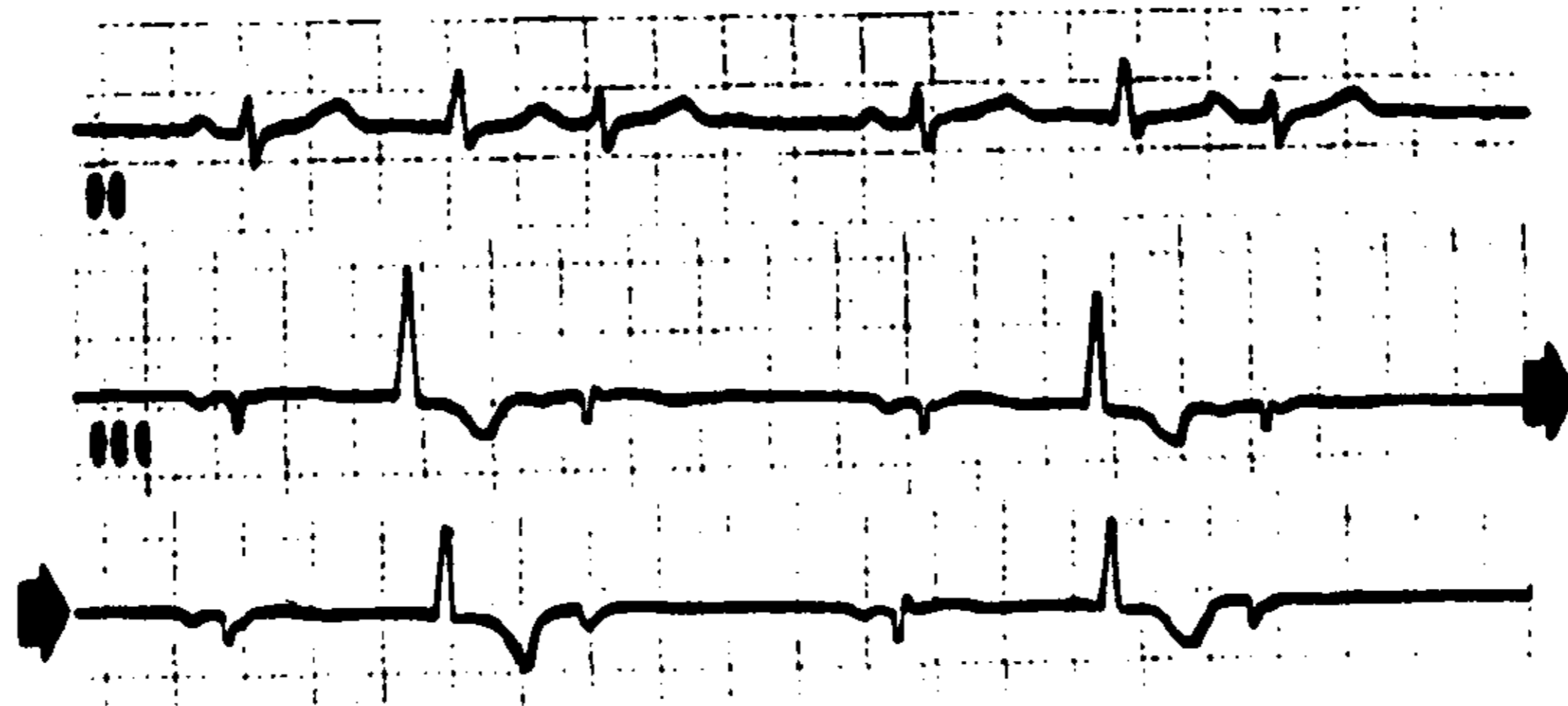
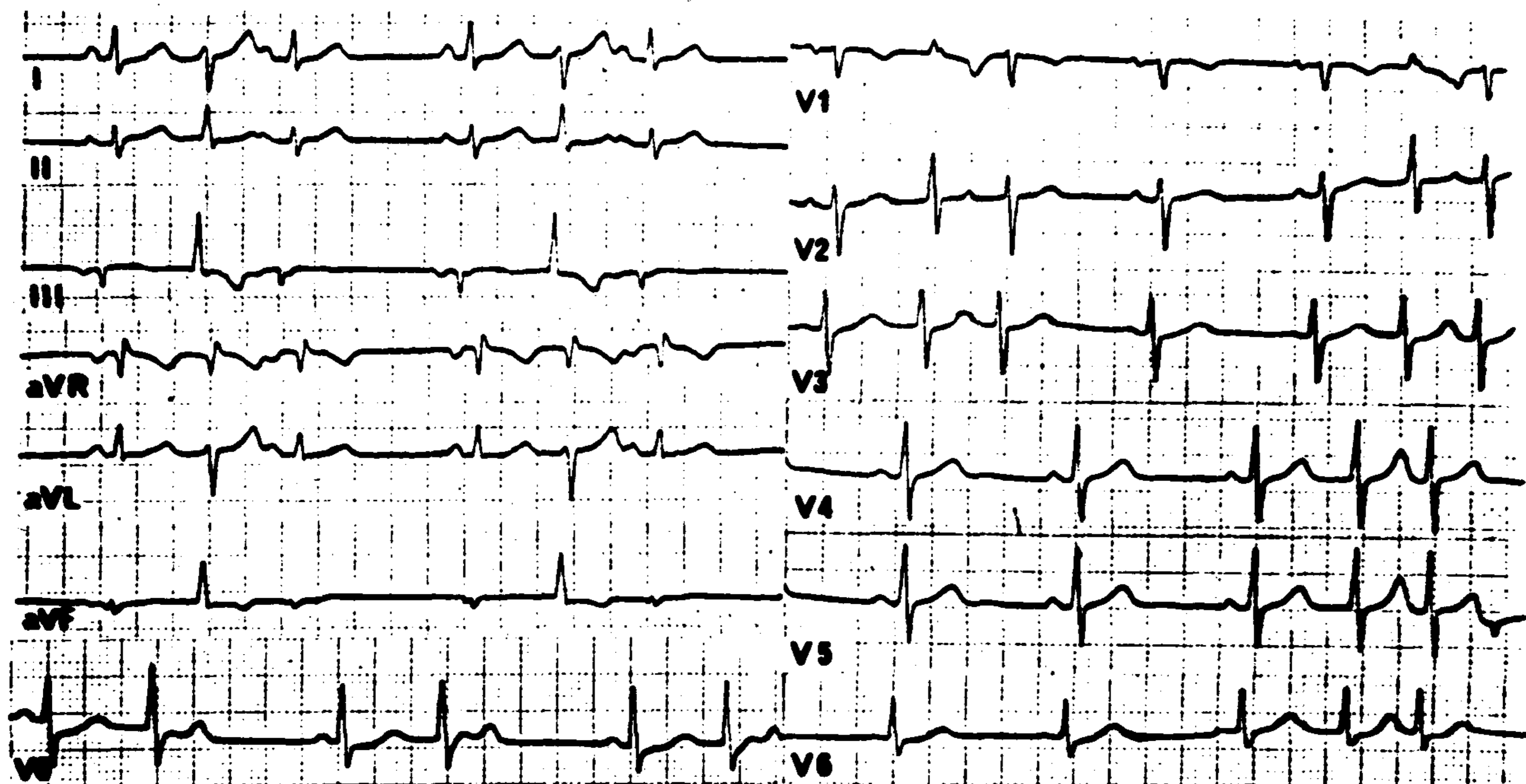


Fig. 1. Electrocardiograma en el que se observan extrasístoles ventriculares angostas frecuente, muchas de ellas interpoladas. Las extrasístoles tienen imagen de BRD y HBP, lo que hace suponer su origen en la raíz de la división anterior de la rama izquierda. La ligadura es variable, como se observa en la parte inferior de la figura.

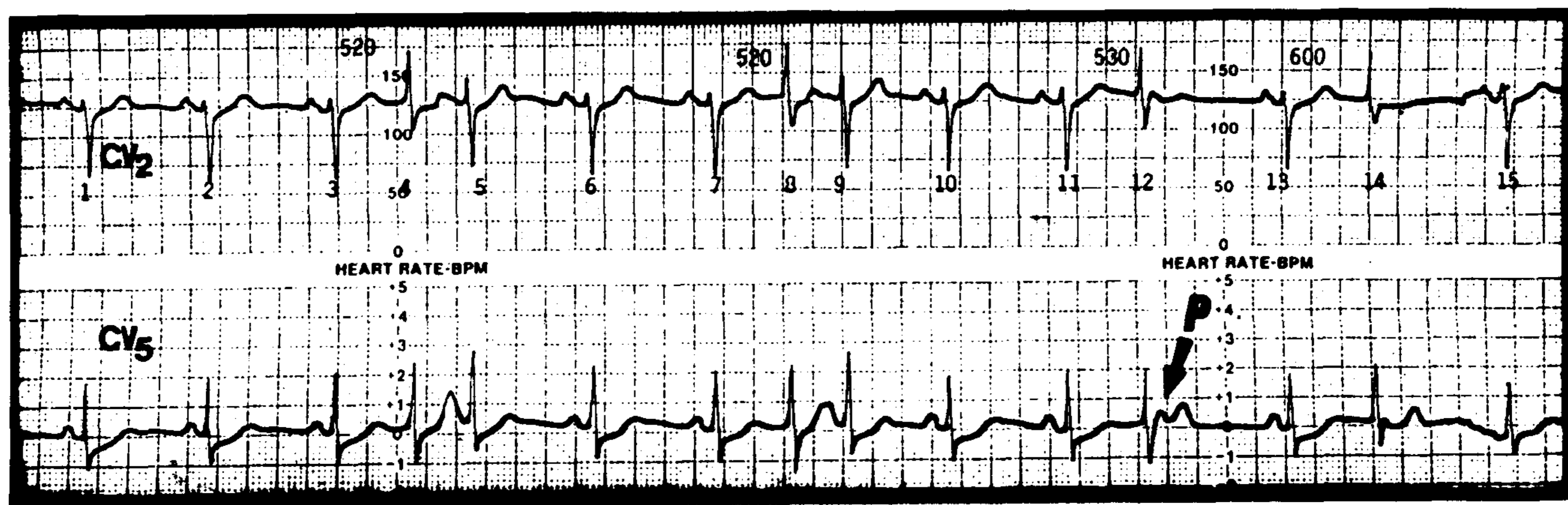


Fig. 2. Registro de Holter de dos canales correspondiente a la misma paciente. Los latidos 4, 8, 12 y 14 son extrasístoles ventriculares angostas, cuyas lagaduras varían entre 520 y 600 mseg. La flecha señala una onda P sinusal no conducida.



canales correspondiente a la misma paciente. Se observan extrasístoles ventriculares similares a las que aparecen en el electrocardiograma. Las dos primeras se presentan interpoladas, no observándose este fenómeno en las dos últimas. La flecha señala una onda P sinusal no conducida. La ligadura de las extrasístoles interpoladas en este registro es de 520 mseg, y la de las no interpoladas de 530 y 600 mseg.

En la Fig. 3 los latidos 3, 9 y 15 son también extrasístoles ventriculares angostas no interpoladas. Se puede ver claramente la onda P sinusal bloqueada, deformando el segmento ST extrasistólico. La ligadura de estas extrasístoles es igual o mayor de 530 mseg. Los latidos 5 y 11 son extrasístoles ventriculares interpoladas con imagen de bloqueo avanzado de rama derecha. Ambas siguen a una pausa previa (post-extrasistólica) y su ligadura es relativamente corta (480 mseg); es de suponer que

se trate de las mismas extrasístoles ventriculares angostas con un grado avanzado de aberrancia de rama derecha, ya que se dan las condiciones propicias para este fenómeno. El latido sinusal que sigue a estas extrasístoles "anchas" presenta un intervalo PR mayor que el resto de los latidos conocidos, y además un grado mínimo de bloqueo de rama derecha. Su ligadura es de 410 mseg.

Finalmente en la Fig. 4, los latidos 3, 9 y 15 son extrasístoles ventriculares angostas no interpoladas. Como era esperable su ligadura es de 520 mseg o más. El latido 5 corresponde a otra extrasístole ventricular angosta; su ligadura es de 510 mseg y se interpola.

Con una ligadura de 510 mseg o más la conducción intraventricular de las extrasístoles ventriculares angostas sólo exhibe una muy ligera demora en la rama derecha, mientras que con una ligadura de

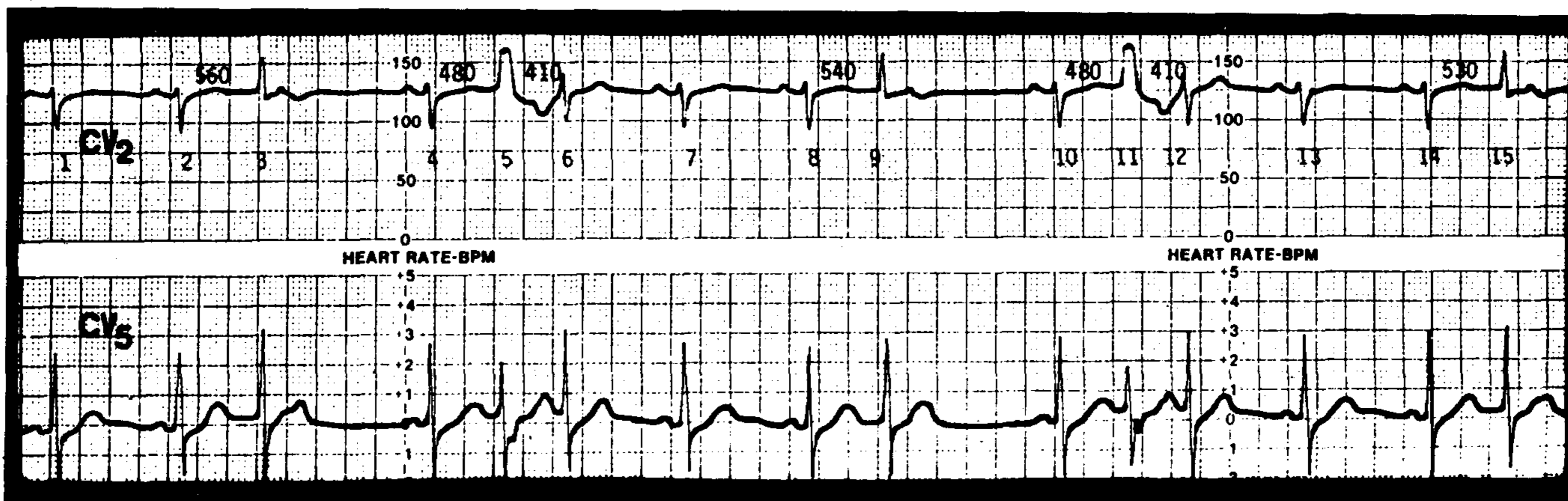


Fig. 3. Los latidos 3, 9 y 15 son extrasístoles ventriculares angostas. Los latidos 5 y 11 son notriamente más anchos y siguen a una pausa previa mayor y tienen ligadura más corta. Este hecho se interpreta como aberrancia de rama derecha.

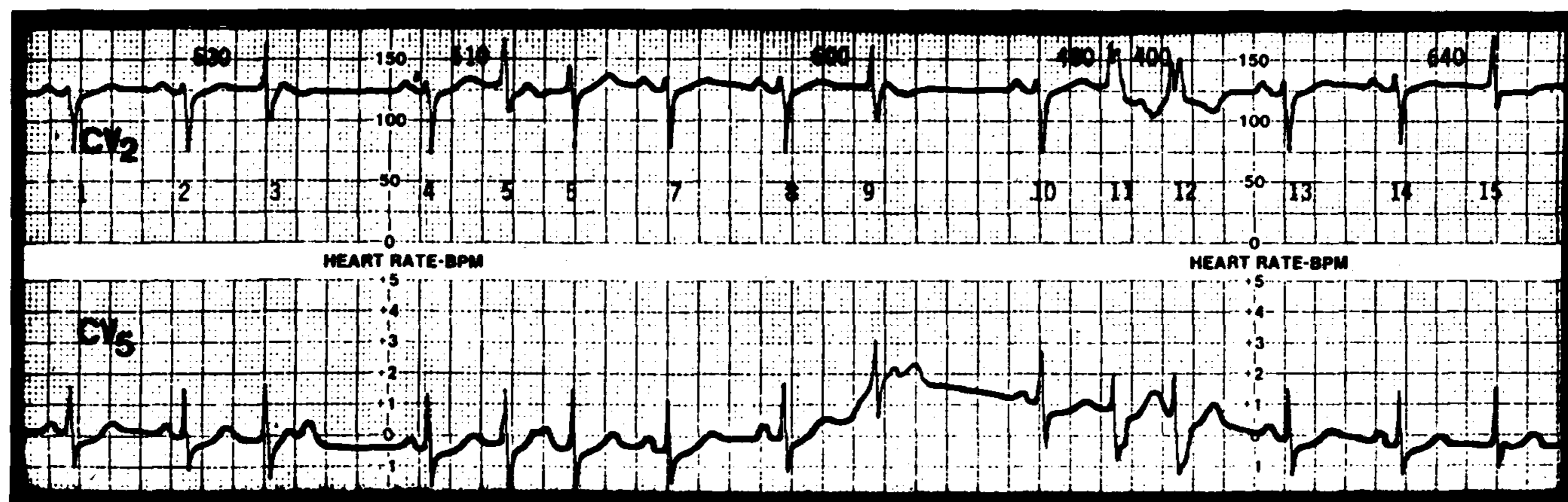


Fig. 4. Los latidos 11 y 12 impresionan como una dupla ventricular. Se trata en realidad de dos latidos angostos con aberrancia: una extrasístole ventricular angosta interpolada y el latido sinusal siguiente.

480 mseg, ocurre un bloqueo avanzado de la misma. Los latidos 11 y 12 impresionan en principio como una dupla ventricular. Dado que el primer componente de la presente dupla, sigue a una pausa previa larga y su ligadura es de 480 mseg, podemos suponer que es una extrasístole ventricular originariamente "angosta", en la cual la aberrancia de rama derecha la transforma en "ancha". La inspección cuidadosa revela, además, una onda P sinusal sobre el segmento ST de la misma. Como la ligadura del segundo componente es de 400 mseg se concluye que se trata de un latido sinusal, conducido con PR largo y bloqueo de rama derecha.

La aberrancia en este caso se ve además favorecida por la despolarización tardía de la rama derecha que ocurre en el latido precedente (fenómeno de Linking o encadenamiento)<sup>2</sup>. No se trata de una verdadera dupla ventricular. No son dos extrasístoles ventriculares "anchas" sino una extrasístole ventricular angosta interpolada aberrante, seguida de un latido sinusal también con aberrancia.

#### DISCUSION

Las extrasístoles ventriculares angostas, descritas por Rosenbaum y col.<sup>3</sup> constituyen una arritmia poco frecuente, que se observa fundamentalmente en niños y jóvenes, causada por el incremento del automatismo de un grupo de células de la raíz de la trifurcación del Haz de His. Suelen presentar comportamiento parasistólico. Su evolución clínica y electrocardiográfica parece ser esencialmente benigna. En otra comunicación de los autores, en el análisis de una serie de 22 casos, no se observó ningún fenómeno repetitivo<sup>4</sup>.

Debe llamar la atención, por lo tanto, que en un estudio en que la arritmia prevalente es la extrasístolia ventricular angosta, aparezca súbitamente, una dupla ventricular "ancha", sin acompañarse, previa o posteriormente, de extrasístoles ventriculares anchas aisladas. En presencia de esta secuencia, la posibilidad diagnóstica de esta "pseudo" fenómeno repetitivo, debería ser tenida en cuenta.

Otro aspecto de las extrasístoles ventriculares angostas, sobre el que aún no se ha publicado experiencia (a entender de los autores), es el que se refiere a la conducción intraventricular aberrante de

las mismas. La rareza de este fenómeno quizás estriba, en la baja frecuencia de los trastornos de conducción intraventricular que suelen presentar los niños y jóvenes, que son quienes más frecuentemente presentan esta arritmia.

#### CONCLUSIONES

Se presenta un caso muy raro e inédito de una dupla extrasistólica "ancha" compuesta por dos latidos originariamente "angostos".

También es inédita la conducción intraventricular aberrante de las extrasístoles ventriculares angostas.

El fenómeno plantea un diagnóstico diferencial con duplas ventriculares verdaderas, que en algún caso puede adquirir trascendencia clínica.

#### SUMMARY

*The above report presents a case studied with standard ECG and during ambulatory electrocardiographic recording. The arrhythmia shown in the case appears to be a ventricular couplet. Nevertheless, the first component of the couplet is an interpolated narrow ventricular premature beat with right bundle branch aberrancy, while the second one is a sinus beat, which is also aberrant. The combination of both seldom aberrancies appears to be unpublished, according to the authors knowledge.*

*The aberrant conduction of the narrow interpolated extrasystoles and the differential diagnosis with real ventricular couplets are discussed.*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lown B, Calvert AF, Armington R, Ryan M: Monitoring for serious arrhythmias and high risk of sudden death. *Circulation* 52 (Suppl III): III-189, 1975.
2. Rosenbaum MB, Elizari MV, Lazzari JO, Halpern MS and Nau FJ: Bilateral bundle branch block: its recognition and significance. *International Cardiology - Volume 2 Number 3, Cardiovascular Clinics*. Pag. 174, 1969.
3. Rosenbaum MB, Halpern MS, Nau GJ, Elizari MV, Lazzari JO: The mechanism of narrow ventricular ectopic beats. Symposium on cardiac arrhythmias. Elsinore Denmark. Edited Eric Sandoe, Ellen Flensted Hensen and Knud H. Olesen. Pag. 223, 1970.
4. Corbella FD, Nau GJ, Acunzo RS, Aldariz AB, Halpern M, Lazzari JO, Elizari MV, Rosenbaum MB: Características electrocardiográficas y significación clínica de 40 casos de parasistolia ventricular. Resúmenes de trabajos; XVII Congreso de la Cardiología Argentina. 21 al 27 de octubre de 1979 (Villa Giardino, Córdoba).