

¿CUAL ES SU DIAGNÓSTICO?

UNA SEÑORA CON PALPITACIONES

Dres. Alberto Becerra, Luis Lembo

Mujer de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, y crisis esquémicas transitorias. Consulta por palpitaciones de hasta 60 minutos de duración, comienzo y terminación gradual,

sin otros síntomas acompañantes. El examen físico fue irrelevante excepto por TA 170/100 mmHg y un soplo sistólico eyectivo I-II/VI de esclerosis aórtica. En ECG basal: ritmo sinusal, HBAI. Se solicitó Holter de 24 hs (ver fig).



Servicio de Cardiología
Hospital Privado de Comunidad Córdoba 4545-7600-Mar del
Plata

Figura

DIAGNOSTICO:

Enfermedad del Nódulo Sinusal (ENS).

A: ritmo sinusal, pausa sinusal

B: bradicardia sinusal vs. bloqueo sinoauricular

C: taquiarritmia supra ventricular (FA) cuyos 2 primeros latidos conducen con aberrancia, precedida por un bloqueo sinoauricular.

La activación eléctrica normal del corazón se inicia en el nódulo sinusal (NS). Este tiene 2 tipos de células especializadas, las principales (o células P), poseedoras de automatismo y responsables de la activación del resto de las células cardíacas, y las transicionales. Con la edad disminuye el número de células P, aumentando el tejido colágeno. El NS tiene además abundantes terminaciones adrenérgicas y colinérgicas. Aproximadamente el 60% de las disfunciones del NS se deben a afectación exclusiva de esta estructura ("puras"), mientras que el 40% restante compromete también al tejido auricular, con eventual participación del sistema nervioso autónomo. Hay 2 variedades de disfunción sinusal: primaria o intrínseca y secundaria o extrínseca (orgánica, por drogas, alteraciones neurovegetativas).

La ENS se manifiesta por una variedad de alteraciones electrocardiográficas:

1. Bradicardia sinusal severa, persistente o intermitente. El diagnóstico es muy probable cuando la frecuencia es menor de 40 latidos por minuto (lpm) o es inapropiada para la demanda fisiológica (ej. 50 lpm durante ejercicio o fiebre).
2. Episodios de paro sinusal, con o sin latidos o ritmo de escape auricular, de la unión (ondas P de morfología/polaridad diferente, generalmente negativas en DII, DIII, aVF, V5 y V6) o ventricular, debiendo ser diferenciados del bloqueo sinoauricular.
3. Episodios de bloqueo sinoauricular, por trastornos en la propagación del impulso en la zona perinodal.
4. Taquicardia, aleteo o fibrilación auricular (FA), paroxísticas o crónicas, frecuentemente con alto grado de bloqueo AV y respuesta ventricular lenta, en ausencia de drogas depresoras de la conducción AV.
5. Taquiarritmias auriculares que alternan con paro sinusal o bloqueo sinoauricular.
6. Reparación dificultosa del ritmo sinusal luego de la reversión espontánea o eléctrica de una arritmia supraventricular rápida (depresión por sobreestimulación).
7. Síndrome taquicardia-bradicardia, considerado como un estadio avanzado de disfunción sinusal, previo a la instalación de fibrilación auricular.

Los síntomas clínicos se deben a frecuencia cardíaca lenta e hipoperfusión de órganos tales como cerebro, corazón y riñón. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos por períodos prolongados o

experimentar mareos, vértigos o episodios sincopales por isquemia cerebral. En ocasiones puede manifestarse por cambios de personalidad, fugas de memoria o insomnio. La instalación de la FA puede coincidir con desaparición o disminución de los episodios de síncope o mareos. La evolución a FA crónica es de 3% por año y la evolución a bloqueo AV de alto grado es de 3% a 5 años.

La secuencia de estudios ante la sospecha de ENS incluyen: 1) Pruebas funcionales (masaje del seno carotídeo y prueba ergométrica) y Holter de 24 horas. 2) Si los resultados no son concluyentes, se realizan pruebas de atropina e isoproterenol. Si se sospecha disfunción autonómica puede determinarse la frecuencia intrínseca del NS (por bloqueo autonómico). 3) Cuando aún persisten dudas diagnósticas se puede indicar un estudio electrofisiológico.

- *Prueba de atropina:* mide la frecuencia basal y 3-5 min. después de atropina EV. La prueba es anormal cuando la frecuencia no supera 90 lpm o el incremento es menor al 50% de la FC basal. Asimismo es patológica la aparición de ritmo de la unión a una frecuencia de 70 lpm o menor. Si es negativa, no excluye el diagnóstico de ENS.

- *Ergometría:* la respuesta de la frecuencia cardíaca al ejercicio puede ser normal o anormal. En casos de disfunción extrínseca la respuesta suele ser normal. Si existe compromiso orgánico moderado o severo del NS la frecuencia cardíaca no aumenta durante el ejercicio (<125 lpm a una carga de 350 kgm, o incremento < 30% de la frecuencia prevista). La ergometría puede poner en evidencia arritmias en alrededor del 15% de los casos de ENS.

- *Holter:* método de diagnóstico valioso, sobre todo en los estadios moderado a severo (sensibilidad >60%). Permite correlacionar el comportamiento de la frecuencia sinusal en situaciones en que predomina el tono vagal (sueño, período postprandial) o el tono simpático (estrés síquico o físico), como así también, correlacionar el ECG con los síntomas.

La ENS sintomática es indicación de marcapaso definitivo, pudiendo además requerir antiarrítmicos cuando coexisten taquiarritmias supraventriculares o ventriculares. La estimulación eléctrica de la aurícula no sólo elimina los episodios de bradicardia, preservando la contractilidad auricular, sino que disminuye la incidencia de fibrilación auricular. Cuando existen trastornos asociados del nódulo AV, se aconseja la estimulación bicameral, ya que disminuye la incidencia de FA y del síndrome de marcapaso. La colocación de marcapaso definitivo no modifica la mortalidad de los casos de ENS que acompaña a una cardiopatía severa subyacente.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Sánchez RA. Fisiología y fisiopatología del nódulo sinusal. El síndrome de enfermedad del nódulo sinusal. En Elizari MV, Chiale PA y col. Arritmias Cardíacas. Bases celulares y moleculares, diagnóstico y tratamiento. Capítulo 9, páginas 174-187. Editorial Propulsora Literaria SRL, 1999.