

Imagen en cardiología

# Doble respuesta nodal incesante y fibrilación auricular paroxística

## Incessant Double Ventricular Response and Paroxysmal Atrial Fibrillation

Moisés Rodríguez-Mañero\*, Alfonso Macías Gallego e Ignacio García Bolao

Departamento de Cardiología, Unidad de Arritmias, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

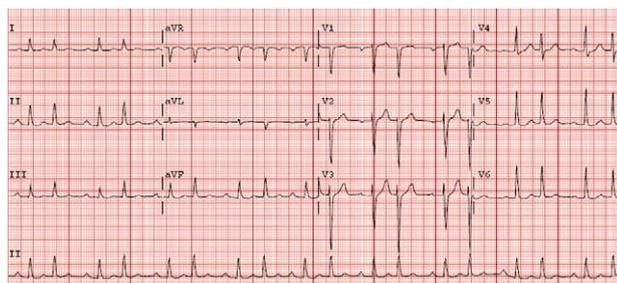


Figura 1.

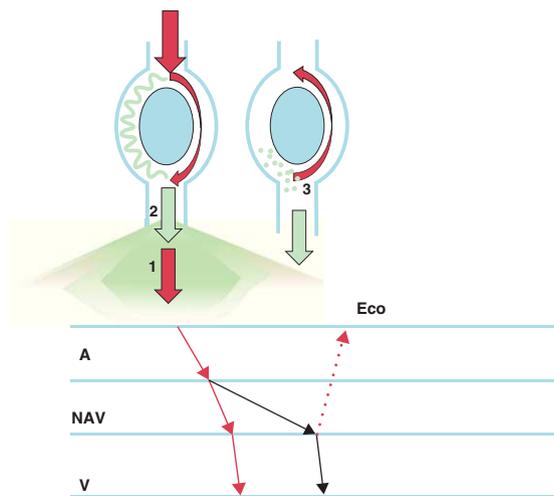


Figura 3.

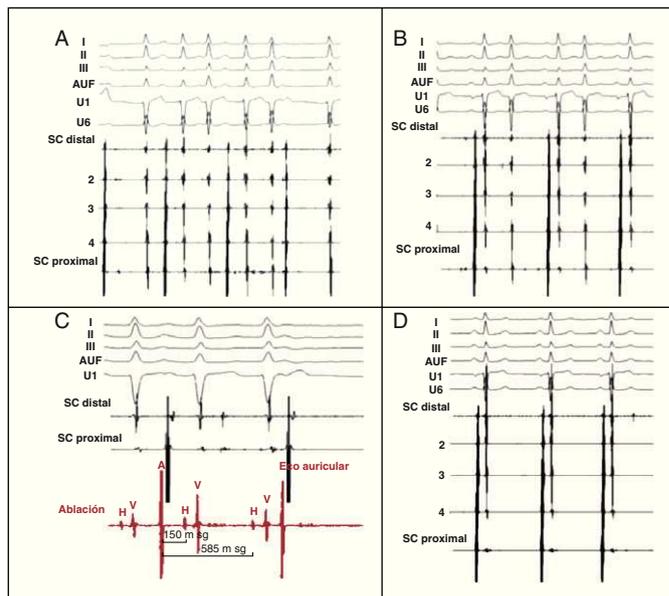


Figura 2.

La fibrilación auricular puede desencadenarse por ritmos auriculares rápidos, entre ellos la taquicardia intranodal. Se presentan los registros de un paciente diagnosticado de fibrilación auricular paroxística y remitido para ablación de venas pulmonares tras el fracaso de distintos fármacos antiarrítmicos (bisoprolol, flecainida y amiodarona). En el estudio inicial, la observación de dos complejos QRS con una sola onda p hizo sospechar la presencia de doble vía nodal, como posteriormente se comprobó, y cambiar la estrategia terapéutica. Este fenómeno es una manifestación electrofisiológica de la doble vía nodal, pero se trata de un hallazgo infrecuente debido a que requiere gran diferencia en los tiempos de conducción entre ambas vías.

El electrocardiograma (ECG) basal (fig. 1) se interpretó como bigeminismo supraventricular; sin embargo, el estudio electrofisiológico mostró que realmente se trataba de doble respuesta nodal repetitiva espontánea, que desencadenaba rachas de taquicardia (fig. 2A) y fibrilación auricular. La activación auricular se conduce por ambas vías nodales simultáneamente, pero con distintas velocidades de conducción (fig. 2B), en ocasiones con posterior conducción retrógrada por la vía rápida, que la perpetuaba (figs. 2A y C, y 3). Tras la ablación de la vía lenta nodal, desaparecieron la doble respuesta y las rachas de taquicardia (fig. 2D) y se puso de manifiesto un patrón de conducción AV y VA continuo y decremental.

En el seguimiento, el paciente permaneció asintomático, sin tratamiento antiarrítmico y en ritmo sinusal estable, sin recidiva documentada en el Holter-ECG a los 3, 6 y 12 meses.

\* Autor para correspondencia:  
 Correo electrónico: mrodrig3@hotmail.com (M. Rodríguez-Mañero).  
 On-line el 16 de abril de 2011

Full English text available from: [www.revvespcardiol.org](http://www.revvespcardiol.org)