

Electro-Reto

Respuesta al ECG de noviembre de 2020

Response to ECG, November 2020

Giampaolo Vetta^a, Bruna Crea^b y Pasquale Crea^{a,*}^a Cardiology Unit, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Messina, Messina, Italia^b Internal Medicine, San Luigi Gonzaga Hospital, Orbassano, University of Turin, Turin, Italia

Figura 1.

La respuesta correcta es la 2. El bloqueo dependiente de bradicardia o bloqueo de fase 4 es un fenómeno característico de un sistema de conducción intraventricular patológico, que depende de la despolarización diastólica espontánea. En una diástole larga, las fibras tisulares se hiperpolarizan de manera progresiva. Como resultado, el tejido no podrá despolarizarse. La despolarización solo puede recuperarse con un latido de escape o un latido prematuro, ya que restablece el potencial de membrana a su potencial de reposo fisiológico. En el ECG (figura 1), la pausa que aparece después de un latido auricular prematuro no conducido inició el bloqueo auriculoventricular de tercer grado de fase 4. Un latido de escape nodular permitió recuperar la conducción auriculoventricular¹.

La respuesta 4 es evidentemente errónea porque el bloqueo en fase 3 es un bloqueo dependiente de taquicardia que se produce cuando un impulso prematuro encuentra el tejido de conducción en periodo refractario y no es conducido.

El bloqueo auriculoventricular debido a hipertonía vagal suele ser nocturno y se antecede de un enlentecimiento progresivo del ritmo sinusal y prolongación del intervalo PR (respuesta 1, incorrecta).

La ausencia de extrasístoles nodulares manifiestas u otros signos indirectos de extrasístole nodular oculta, como la prolongación repentina del intervalo PR, hacen que esta hipótesis sea poco probable (respuesta 3, incorrecta)².

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenbaum MB, Elizari MV, Levi RJ, Nau GJ. Paroxysmal atrioventricular block related to hypopolarization and spontaneous diastolic depolarization. *Chest*. 1973;63:678–688.
2. Schamroth L, Surawicz B. Concealed interpolated A-V junctional extrasystoles and A-V junctional parasystole. *Am J Cardiol*. 1971;27:703–707.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.020>

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: pasqualecrea@hotmail.it (P. Crea).
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.04.021>

0300-8932/© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.