

## Torsión de puntas en un paciente con bloqueo aurículoventricular completo.

### Torsion of tips in a patient with complete atrioventricular block

**Marleny Cruz Cardentey, Andrea B Zárate Castro, Ana Mengana Betancourt.**

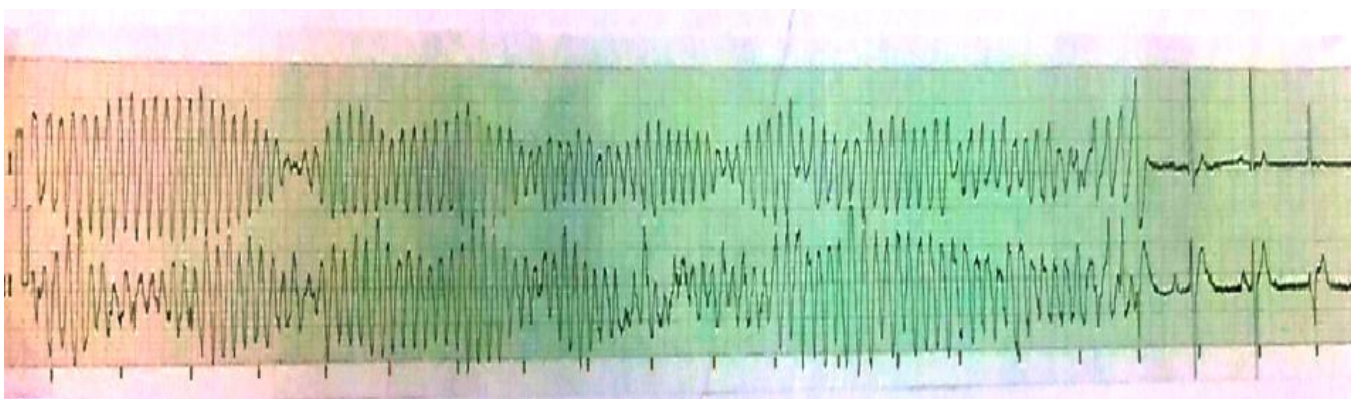
*Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"*

Correspondencia: Dra. Marleny Cruz Cardentey. Email: marleny.cruz@infomed.sld.cu

### Introducción

Paciente femenina de 81 años de edad y con antecedentes de hipertensión arterial (controlada con clortalidona 25 mg/día y enalapril 20mg/día). Fue remitida a nuestro departamento para implantarle un marcapasos permanente por el diagnóstico de bloqueo aurículoventricular de 3er grado y sin soporte de marcapasos transitorio.

La figura 1 muestra un episodio de torsión de puntas, con una frecuencia cardiaca media de 370 latidos por minuto y cambios continuos en la morfología del QRS que se tuerce alrededor de una línea imaginaria, con disminución cíclica en la amplitud del ventriculograma y rotación periódica del ángulo del complejo QRS.



**Figura 1**

La arritmia ya se había iniciado cuando comenzó el registro eléctrico, por lo que no se documentó la forma de comienzo ni la existencia de signos premonitorios (pausas, prolongación del intervalo QT, onda T-U gigante, alternancia del QT-T, fragmentación del QRS, disminución en la amplitud del QRS del primer latido). La torsión de puntas impresiona degenerar en fibrilación ventricular y luego se autolimita. La paciente permaneció en taquiarritmia ventricular por más de 17 segundos. El ritmo de base era un bloqueo aurículoventricular de 3er grado, con complejo QRS estrecho, a 57 latidos por minuto, con intervalo QT corregido normal (380 ms) y alternancia del complejo QRS. Se considera que el bloqueo aurículoventricular determinó el desarrollo de la torsión de puntas de causa adquirida, favorecida por el sexo femenino, la edad avanzada y los probables trastornos hidroelectrolíticos por el uso de diuréticos (a pesar de no existir un intervalo QT prolongado ni una bradicardia severa). Ante esta arritmia, la conducta inmediata pudo ser un choque eléctrico externo si la repercusión hemodinámica lo

ameritaba, con posterior implante de un marcapasos transitorio y optimización del medio interno, hasta la solución definitiva con el implante de un marcapasos permanente.

Existe un subregistro de esta entidad arrítmica, justificado por: carácter autolimitado, degenerar precozmente en fibrilación ventricular, registros electrocardiográficos cortos y con escasas derivaciones, intervención precoz por extrema urgencia y fallecimiento del paciente. En ocasiones es difícil establecer el diagnóstico diferencial de la torsión de puntas con la fibrilación ventricular y con la taquicardia ventricular polimórfica.

**Recibido: 21-11-2017**

**Aceptado: 15-12-2017**

