

Disfunción sinusal florida en un paciente con miocardiopatía amiloide

Severe sinus node disease in patient with amyloid cardiomyopathy

Martín Negreira-Caamaño^{1*}, Javier Jiménez-Díaz^{1,2} y Felipe Higuera-Sobrino^{1,2}

¹Servicio de Cardiología; ²Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, Madrid, España

Varón de 82 años que consultó en urgencias por disnea. Presentaba antecedente de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. En la exploración física se detectó un pulso irregular, por lo que se realizó un electrocardiograma (Figs. 1A y 2A), donde destacaba la existencia de un bloqueo atrioventricular de primer grado con un PR de 280 milisegundos, un bloqueo interatrial incompleto y un bloqueo sinoatrial de segundo grado Mobitz II. Destacaba la existencia de ondas Q patológicas en V1-V3, así como la presencia de bajos voltajes. Se realizó una tira de ritmo (Figs. 1B y 2B), donde además de lo anterior, se registraron pausas sinusales y una extrasistolia supra-ventricular de elevada densidad. Tras una valoración con ecocardiograma (Fig. 3), estudio por inmunofijación de suero y orina y una gammagrafía cardíaca (Fig. 4), el paciente fue diagnosticado de amiloidosis cardíaca por transtirretina.

La disfunción sinusal incluye diversas entidades electrocardiográficas que involucran al nodo sinusal y a la conducción auricular¹. Generalmente, se produce por el envejecimiento del nodo sinusal y del tejido miocárdico auricular, aunque puede aparecer en las enfermedades infiltrativas secundaria tanto a la dilatación auricular que produce la fisiología restrictiva como a la infiltración del tejido auricular². Existen otras alteraciones electrocardiográficas que pueden orientar hacia la

existencia de una cardiopatía infiltrativa, como la existencia de bajos voltajes en presencia de hipertrofia ventricular, o la existencia de ondas Q patológicas, que

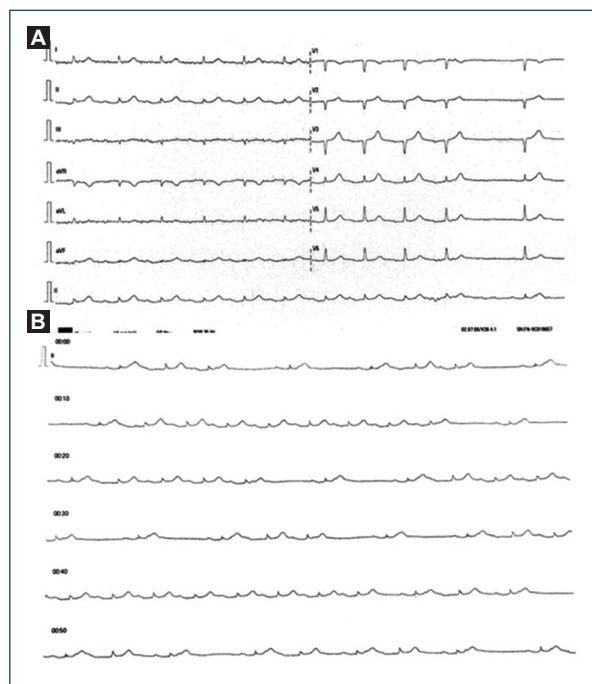


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones (A) y tira de ritmo (B) de 60 segundos.

*Correspondencia:

Martín Negreira-Caamaño

E-mail: martin.negcam@gmail.com

Fecha de recepción: 11-12-2021

Fecha de aceptación: 16-06-2022

DOI: 10.24875/ACM.21000388

Disponible en internet: 04-04-2023

Arch Cardiol Mex. 2023;93(2):233-236

www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2022 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

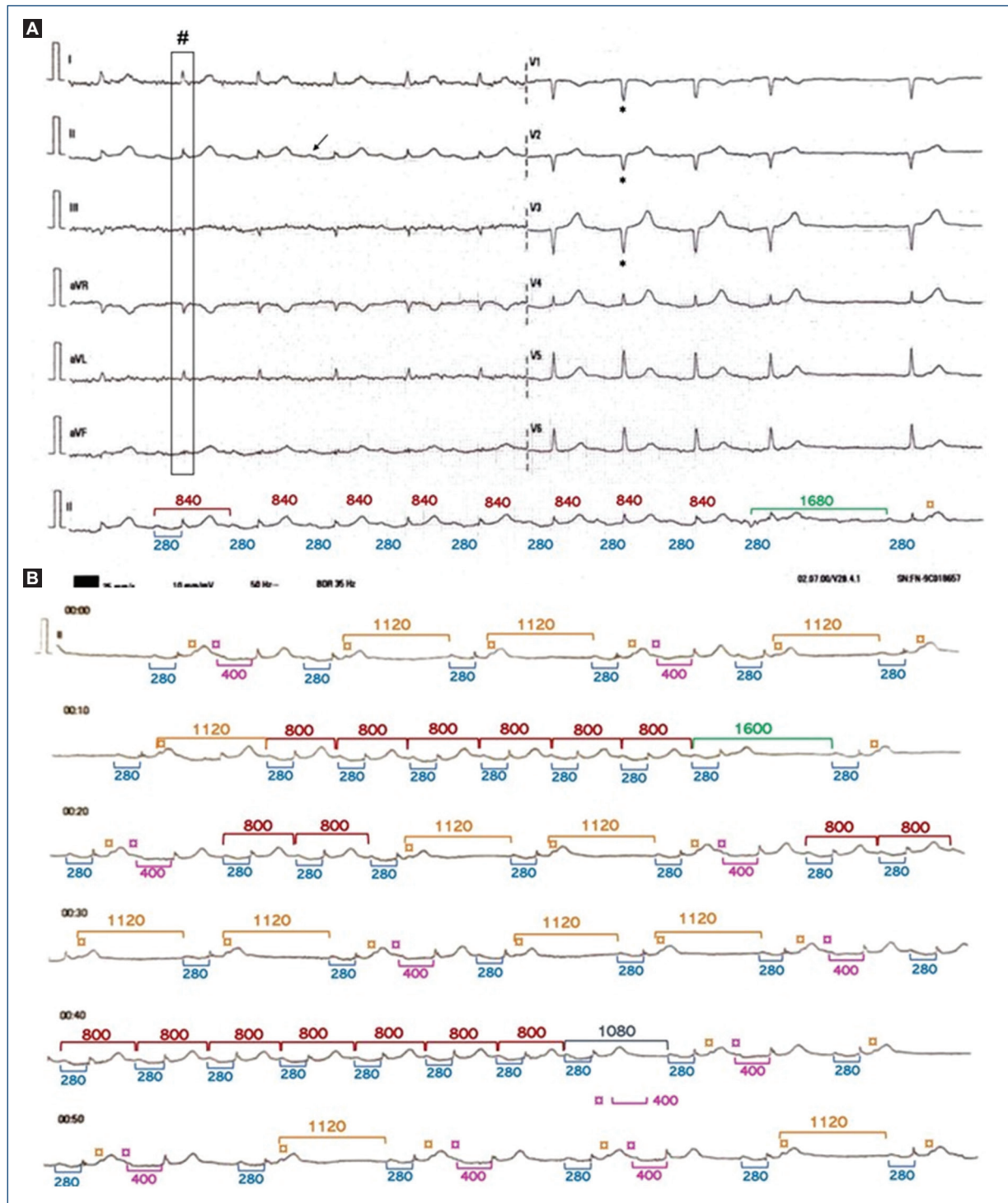


Figura 2. Electrocardiograma de 12 derivaciones (A) y tira de ritmo (B) de 60 segundos. Ritmo sinusal a 66 latidos por minuto con bloqueo atrioventricular de primer grado (color azul) (PR de 280 milisegundos), bloqueo interatrial parcial (flecha negra) (P mellada y con duración > 120 milisegundos) y un bloqueo sinoatrial de segundo grado Mobitz II (color verde) (P-P regular previo a una pausa de 2 veces el P-P). El QRS presenta unos voltajes disminuidos, especialmente en las derivaciones frontales (#), y presenta una onda Q patológica en las derivaciones V1-V3 (*). Se aprecian abundantes extrasístoles supraventriculares (color naranja).

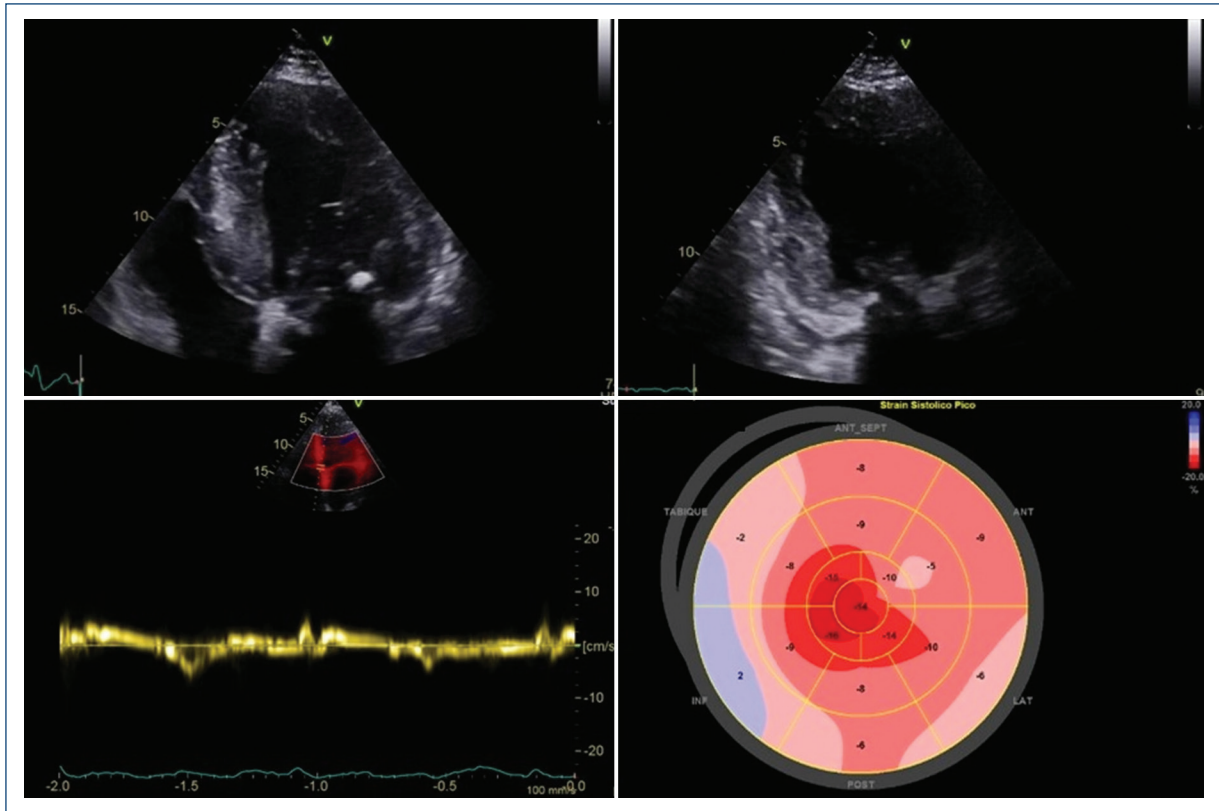


Figura 3. Ecocardiograma transtorácico. Imágenes bidimensionales (arriba); imagen con Doppler tisular (abajo a la izquierda) y con *strain* longitudinal (abajo a la derecha).

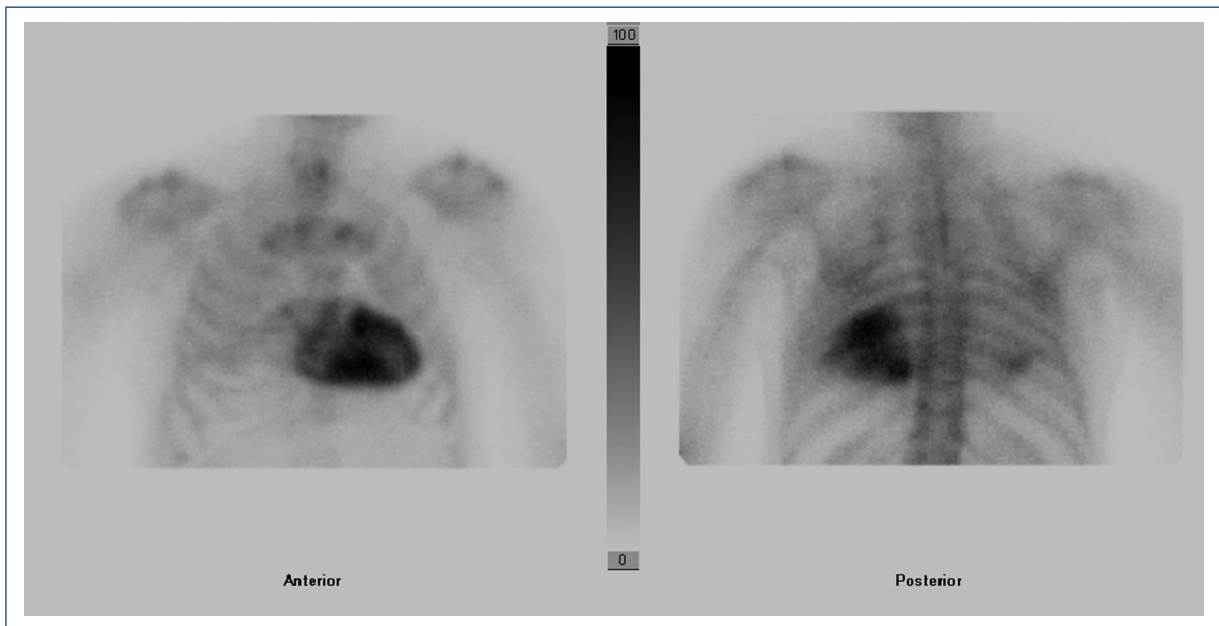


Figura 4. Gammagrafía con difosfonatos (Tc99-DPD) de la región torácica.

en ausencia de cardiopatía isquémica recibe el nombre de patrón de pseudoinfarto y constituye la manifestación electrocardiográfica más frecuente en los paciente con amiloidosis cardiaca. Además, las alteraciones de la conducción auriculoventricular son altamente prevalentes, siendo el bloqueo atrioventricular de primer grado y los hemibloqueos los hallazgos más frecuentes en pacientes con amiloidosis³.

Financiamiento

El presente trabajo no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Ferrer MI. The sick sinus syndrome in atrial disease. JAMA. 1968;206(3):645-6.
2. Pereira NL, Grogan M, Dec GW. Spectrum of restrictive and infiltrative cardiomyopathies: Part 1 of a 2-Part Series. J Am Coll Cardiol. 2018;71(10):1130-48.
3. González-López E, Gagliardi C, Dominguez F, Quarta CC, de Haro-del Moral FJ, Milandri A, et al. Clinical characteristics of wild-type transthyretin cardiac amyloidosis: disproving myths. Eur Heart J. 2017;38(24):1895-904.