

Flutter auricular 1:1 conducido con aberrancia en una paciente tratada con flecainida

Jordi Mercé Klein¹, Ainhoa Torrens¹, Marta Juan², Faustino Miranda-Guardiola¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital de Barcelona. Barcelona. España

²Servicio de Urgencias. Hospital de Barcelona. Barcelona. España

Recibido: 14/07/2019

Aceptado: 02/10/2019

En línea: 31/12/2019

Citar como: Mercé Klein J, Torrens A, Juan M, Miranda-Guardiola F. Flutter auricular 1:1 conducido con aberrancia en una paciente tratada con flecainida. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Dic); 4(3): 121-122. doi: 10.32818/reccmi.a4n3a7.

Cite this as: Mercé Klein J, Torrens A, Juan M, Miranda-Guardiola F. Atrial flutter with 1:1 atrioventricular conduction, and with aberrant conduction, in a patient treated with flecainide. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Dic); 4(3): 121-122. doi: 10.32818/reccmi.a4n3a7.

Autor para correspondencia: Jordi Mercé Klein. jmerce@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Flecainida
- ▷ Flutter auricular
- ▷ Antiarrítmicos
- ▷ Proarritmia

Keywords

- ▷ Flecainide
- ▷ Atrial flutter
- ▷ Antiarrhythmic drugs
- ▷ Proarrhythmia

Resumen

Los fármacos antiarrítmicos de clase IC son ampliamente utilizados para el tratamiento y prevención de arritmias supraventriculares. Aunque son fármacos seguros en pacientes sin enfermedad cardíaca estructural, la proarritmia es un efecto secundario potencialmente grave. Describimos el caso de una paciente que presentó un flutter auricular 1:1 inducido por flecainida, y que además se condujo con aberrancia y morfología de bloqueo de rama izquierda. En estos casos, se plantea el diagnóstico diferencial con taquicardias de origen ventricular, siendo esencial preguntar sobre el uso concomitante de fármacos antiarrítmicos.

Abstract

Class IC antiarrhythmic drugs are widely used for the treatment and prevention of supraventricular arrhythmias. Although they are safe drugs in patients without structural heart disease, proarrhythmia is a potentially serious side effect. We describe the case of a patient who presented a 1:1 atrial flutter induced by flecainide, which was also conducted with aberrance and left bundle branch morphology. In these cases, the differential diagnosis with tachycardia of ventricular origin is raised, and it is essential to ask about the use of antiarrhythmic drugs.

Puntos destacados

- ▷ La proarritmia es un efecto secundario grave de los fármacos antiarrítmicos.
- ▷ El flutter auricular 1:1 es el efecto proarrítmico más frecuente de los fármacos de clase IC.
- ▷ En el diagnóstico diferencial de las arritmias es esencial conocer si el paciente toma fármacos antiarrítmicos.

Caso clínico

Mujer de 63 años que acudió al Servicio de Urgencias por palpitations y dolor torácico iniciados en reposo. Tenía antecedentes de hipercolesterolemia, embolia retiniana y varios episodios de fibrilación auricular paroxística, por lo que recibía tratamiento con flecainida (100 mg/12 h) y anticoagulantes. No tomaba otros fármacos antiarrítmicos ni otros medicamentos. Un ecocardiograma realizado meses antes no había mostrado anomalías relevantes.

A su llegada, presentaba tensión arterial de 110/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 200 lpm. No presentaba signos de mala perfusión ni insuficiencia cardíaca. El electrocardiograma (ECG) (**Figura 1**) mostraba una taquicardia regular con QRS ancho a 200 lpm con patrón de bloqueo de rama izquierda. A los pocos minutos de su llegada, antes de administrar medicación, la frecuencia ventricular se redujo a 100 lpm, mostrando el nuevo ECG un flutter auricular con conducción 2:1 (**Figura 2**); a las pocas horas, revirtió a ritmo sinusal. No se detectó elevación de los marcadores de daño miocárdico. El ecocardiograma Doppler resultó normal. Pocos días después, se realizó

Introducción

En pacientes con fibrilación auricular paroxística sin cardiopatía estructural, los antiarrítmicos de clase IC son fármacos de primera elección en la prevención de las recidivas¹. Entre sus efectos indeseables, están la conversión de la fibrilación en flutter auricular y la prolongación de la longitud de ciclo de flutter, lo que, al enlentecerlo, puede favorecer la conducción 1:1. Para evitar esta complicación, se recomienda asociar a la flecainida algún fármaco que limite la conducción a través del nodo auriculoventricular.

un estudio electrofisiológico en el que no se indujeron arritmias ventriculares. Ante la sospecha diagnóstica de flutter auricular 1:1 conducido con aberrancia, se llevó a cabo una ablación del istmo cavotricuspidé, sin complicaciones. Fue dada de alta bajo tratamiento con sotalol.



Figura 1. Taquicardia regular de QRS ancho a 200 lpm en paciente tratada con flecainida. El diagnóstico diferencial debe establecerse entre taquicardia ventricular y taquicardia supraventricular conducida con aberrancia



Figura 2. Flutter auricular con conducción auriculoventricular 2:1, con respuesta ventricular a 100 lpm; el QRS es estrecho. Las ondas de flutter tienen una frecuencia inferior a la habitual (200 lpm), lo que permite que, en determinados casos, se conduzcan todas a los ventrículos (1:1). El enlentecimiento del flutter es un efecto típico de la flecainida

Discusión

Algunos fármacos antiarrítmicos pueden incrementar la mortalidad cuando se prescriben en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio. No obstante, en pacientes sin cardiopatía estructural, los antiarrítmicos del grupo IC –entre ellos, la flecainida– son fármacos de primera línea en la cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular, y en la prevención de sus recidivas¹. Esto es debido a su favorable equilibrio entre riesgo y beneficio en este grupo de pacientes. En el caso que presentamos, la paciente tenía una fibrilación auricular recidivante y aislada, es decir, no asociada a enfermedad cardíaca estructural. En estos casos, las guías recientes de manejo de la fibrilación auricular¹ aconsejan los fármacos antiarrítmicos (flecainida, propafenona, dronedarona o sotalol) como terapia de elección, con nivel de recomendación de clase I.

La flecainida es un fármaco seguro para el control de las arritmias supraventriculares². Bloquea los canales de sodio y ocasiona un enlentecimiento de la conducción intracardiaca. Esta acción también es responsable de su efecto proarrítmico más frecuente, que consiste en un enlentecimiento del flutter auricular, típicamente a unos 200 lpm, sin enlentecer simultáneamente la conducción auriculoventricular, lo que permite, en algunos pacientes, la conducción 1:1 del flutter, que resulta en una respuesta ventricular muy rápida. Para evitar esta complicación, se recomienda asociar algún fármaco que enlentezca la conducción auriculoventricular. La conversión de la fibrilación en flutter también se facilita por fármacos del grupo IC; puede tratarse mediante ablación del istmo cavotricuspidé, que permitirá seguir utilizando el fármaco. En menor frecuencia, la proarritmia puede resultar en arritmias ventriculares, especialmente en pacientes con disfunción ventricular, isquemia o cicatrices miocárdicas.

En el caso que presentamos, y en la mayoría de casos publicados³, la sospecha diagnóstica se estableció al observarse, de forma espontánea o tras administración de fármacos frenadores, la aparición de un flutter auricular 2:1. Cuando la conducción auriculoventricular es 1:1, la frecuencia ventricular suele estar alrededor de 200 lpm; si además la conducción es aberrante, como en nuestro caso, el diagnóstico diferencial con taquicardia ventricular se hace muy difícil. El no recibir tratamiento simultáneo con fármacos frenadores puede predisponer a esta complicación, aunque su uso simultáneo no lo previene por completo³. La presencia de un intervalo PR corto en el ECG en ritmo sinusal, y la fusión entre la onda P y el QRS en el ECG con promediado de señales se han sugerido como posibles predictores de esta complicación⁴. A diferencia del caso que presentamos, en la mayoría de casos publicados, esta arritmia se desencadena con el esfuerzo⁵, momento en el que, debido a la activación simpática, la conducción auriculoventricular está incrementada.

Este caso pone de manifiesto que en pacientes que consultan por taquiarritmias, especialmente cuando son muy rápidas, mal toleradas o con sospecha de origen ventricular, la historia dirigida al uso concomitante de fármacos antiarrítmicos es de gran importancia en el manejo diagnóstico y terapéutico. Además, es importante recordar la necesidad de asociar fármacos frenadores de la conducción auriculoventricular, en general betabloqueantes, cuando administramos flecainida, fármaco de uso frecuente en los servicios de Urgencias.

Bibliografía

1. Dan GA, Martínez-Rubio A, Agewall S, Boriani G, Borggreffe M, Gaita F, et al. Antiarrhythmic drugs-clinical use and clinical decision making: a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Cardiovascular Pharmacology, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) and International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy (ISCP). *Europace*. 2018; 20(5): 731-732an. doi: 10.1093/europace/eux373.
2. Wehling M. Metaanalysis of flecainide safety in patients with supraventricular arrhythmias. *Arzneimittelforschung*. 2002; 52: 507-514. doi: 10.1055/s-0031-1299923.
3. Taylor R, Gandhi MM, Lloyd G. Tachycardia due to atrial flutter with rapid 1:1 conduction following treatment of atrial fibrillation with flecainide. *BMJ*. 2010; 340: b4684. doi: 10.1136/bmj.b4684.
4. Brembilla-Perrot B, Houriez P, Beurrier D, Claudon O, Terrier de la Chaise A, Louis P. Predictors of atrial flutter with 1:1 conduction in patients treated with class I antiarrhythmic drugs for atrial tachyarrhythmias. *Int J Cardiol*. 2001; 80(1): 7-15.
5. Kawabata M, Hirao K, Higuchi K, Sasaki T, Furukawa T, Okada H, et al. Clinical and electrophysiological characteristics of patients having atrial flutter with 1:1 atrioventricular conduction. *Europace*. 2008; 10(3): 284-288. doi: 10.1093/europace/eun012.