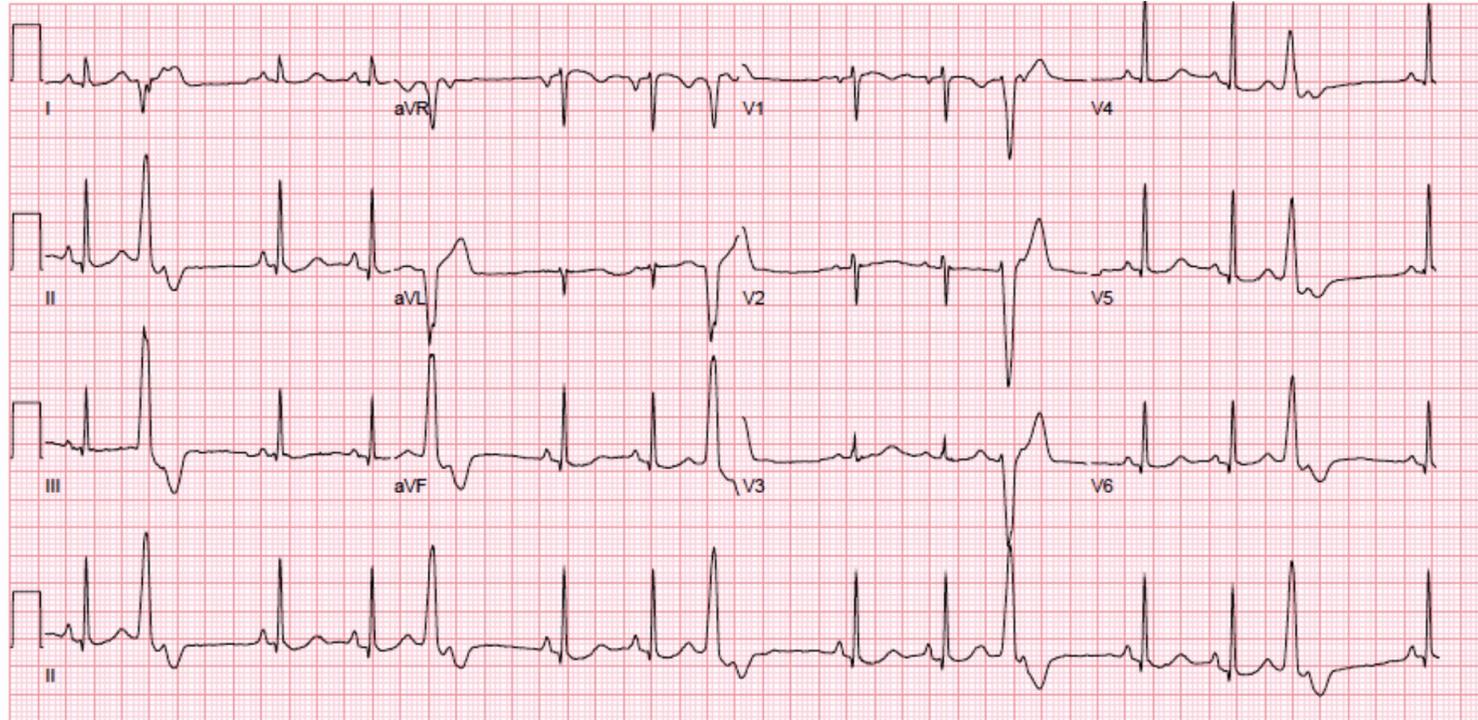




Extrasistolia: enfoque práctico

Eusebio García-Izquierdo Jaén
Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología
H. U. Puerta de Hierro Majadahonda
Noviembre 2021

- Varón de 36 años. Sin antecedentes médicos de interés
- En reconocimiento médico del trabajo:



- Asintomático. Hace deporte de forma regular.

Extrasistolia ventricular

Prevalencia EV en población general:

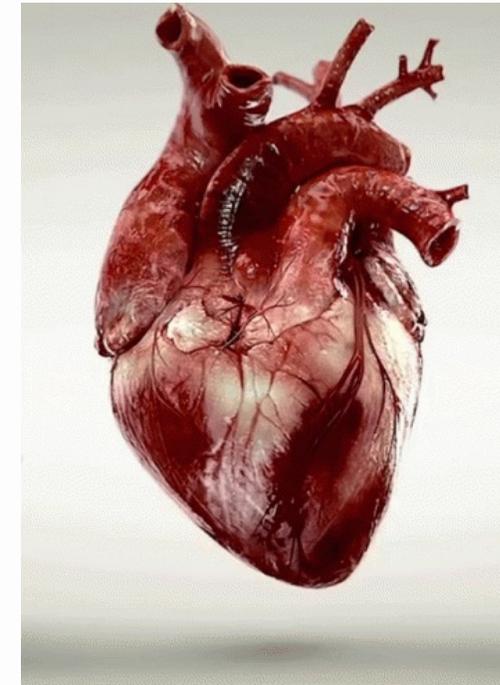
- ECG 12 deriv >> 1%
- Holter ECG 24 h >> 40%
- Holter ECG 48 h >> 75%
- EV >1% en 1-4% población

EN GENERAL ASINTOMÁTICOS

Factores asociados a mayor frecuencia de EV:

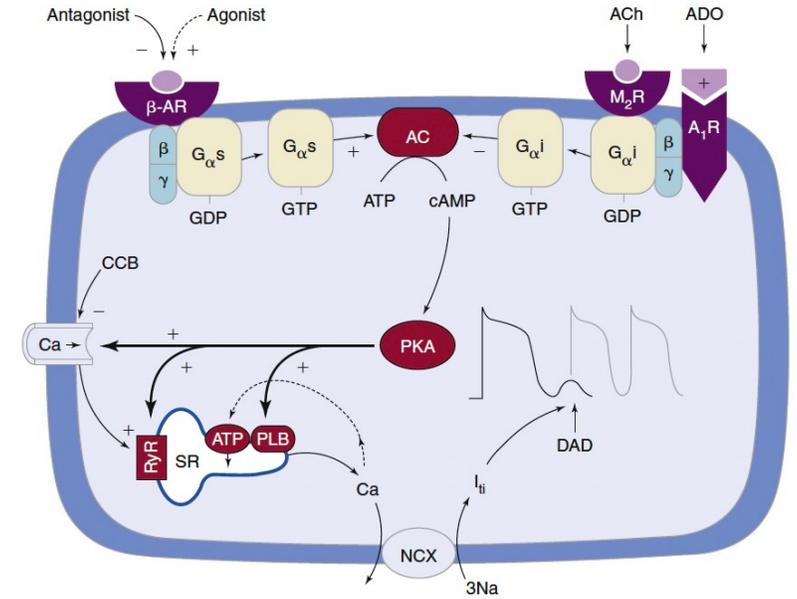
- Mayor edad
- Mayor altura
- Tabaco
- HTA
- Sedentarismo

Cha Y-M et al., Circ A&E 2012;5:229-236

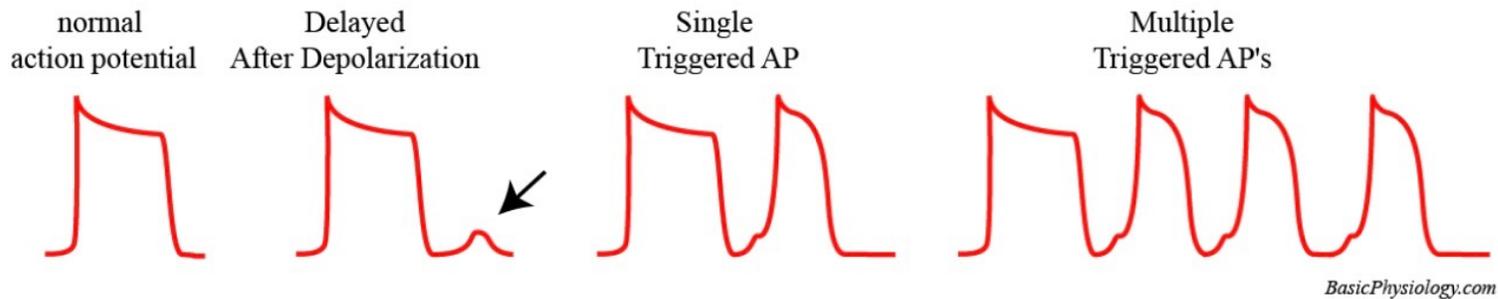


Mecanismos

- Reentrada
- Automatismo
- **Actividad desencadenada (post-potenciales)**



Late After Depolarization (LAD):

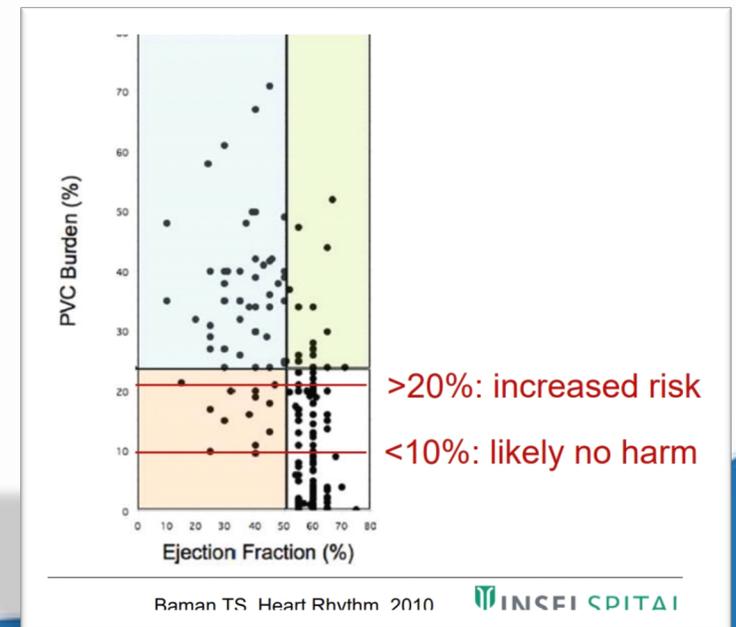


Clínica y diagnóstico

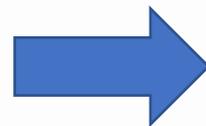
- ASINTOMÁTICO – hallazgo incidental en ECG, pulso irregular
- SINTOMÁTICO:
 - Palpitaciones (“salto”, “vuelco”, “latido fuerte”, “falta un latido”)
 - Mareo, fatiga
- Importante:
 - Exploración física (datos de ICC)
 - ECG, tiras ritmo 12 deriv, monitorización ambulatoria... intentar pillar EV!
 - Antec familiares
- **En su mayoría, ausencia de cardiop estructural**
- En un pequeño porcentaje de pacientes: displasia arritm, cardiop infiltrativa/inflamatoria, FV desencadenado por EV...

¿Qué pacientes desarrollan insuf cardiaca?

- Mecanismos: taquimiocardiopatía, asincronía
- Predictores de desarrollo de miocardiopatía:
 - **EV de alta densidad:** no existe punto de corte definido (>10%??)
 - Sexo varón
 - Ausencia de síntomas o mayor tiempo de evolución
 - EV interpolados o con acoplamiento variable.
 - EV QRS ancho
 - EV procedentes de epicardio
 - Factores genéticos?



Tratamiento



CARGA EV <10%: seguimiento

CARGA EV 10-20%: ¿¿??

CARGA >20%: plantear tratamiento

Opciones de tratamiento

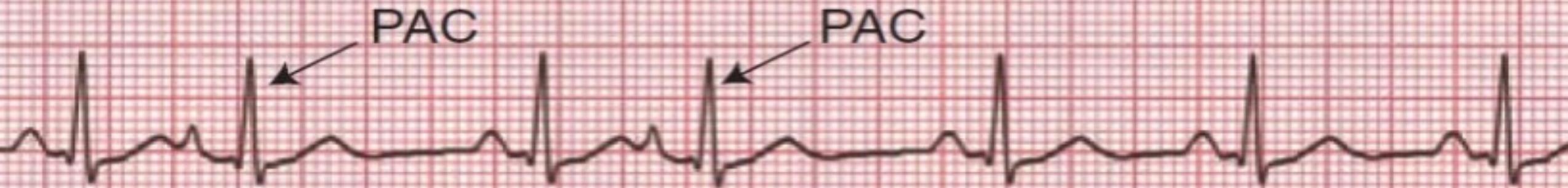
- Hábitos de vida saludables:
 - Ejercicio regular
 - Dejar de fumar
 - Reducir consumo de alcohol, cafeína y otras sustancias estimulantes
- Betabloqueantes, ca-antagonistas no-DHP (verapamilo, diltiazem)
- Antiarrítmicos:
 - Clase IC (flecainida, propafenona): en ausencia de cardiopatía
 - Amiodarona: en presencia de cardiopatía
- Ablación con catéter

¿Qué pacientes derivar desde AP?

- Síntomas preocupantes: palpitaciones sostenidas, síncope, ICC
- ECG basal patológico (ondas Q, alteraciones en repolarización)
- EV de varias morfologías
- AF de cardiopatía o muerte súbita

¿Qué pacientes **NO** derivar desde AP?

- Pacientes sanos asintomáticos o con síntomas leves, sin EV en exploración física o en tiras de ritmo ECG (= baja carga), sin AF de interés y con ECG basal normal.
 - Reevaluar periódicamente y derivar si fuese necesario



Hablemos de la extrasistolia supraventricular...

- Mecanismos similares a los de la EV
- Prevalencia depende del tipo de monitorización
 - Holter ECG 24 h >> 99% con al menos 1 ESV
 - Aumenta con la edad
- Presentación variable: asintomáticos, palpitaciones, mareo, etc
- ECG es fundamental: mecanismo, origen
- ESV frecuente >> mayor riesgo de FA
- Opciones de tratamiento: **solo en pacientes sintomáticos**
 - Hábitos de vida saludables, evitar estimulantes
 - Betabloqueantes, antiarrítmicos, ablación

¿Qué pacientes derivar desde AP?

- Síntomas preocupantes: palpitaciones sostenidas, síncope, ICC
- ECG basal patológico (ondas Q, alteraciones en repolarización)

¿Qué pacientes NO derivar desde AP?

- Pacientes sanos asintomáticos o con síntomas leves, sin AF de interés y con ECG basal normal.
 - Reevaluar periódicamente y derivar si fuese necesario
 - **Búsqueda activa de FA**

