

Parálisis bilateral simultánea del III par

Mujer de 70 años, diabética, nortotensa, anticoagulada con acenocumarol por una embolia retiniana seis meses antes; debutó bruscamente con dificultad para abrir ambos ojos, náuseas y vómitos sin cefaleas. Tenía una ptosis bilateral, con parálisis de la mirada vertical y de la aducción; ausencia de convergencia, midriasis derecha no reactiva y pupila izquierda intermedia con fotomotor débil (Fotos A y B). No presentó signos de vías largas ni alteraciones de la conciencia. Una resonancia magnética nuclear (RMN) demostró una hemorragia mesencefálica, medial y pretectal con parcial oclusión del acueducto de Silvio e hidrocefalia obstructiva (Fotos C y D). Se interpretó como accidente de anticoagulación. Evolución satisfactoriamente habiendo mejorado la ptosis pero no la oftalmoplejía. La alteración descripta puede explicarse por una lesión de los núcleos del IIIº par bilateral y del núcleo de Edinger-Westphal derecho.



A



C



B



D

Fotos A y B: Parálisis de ambos rectos internos con excusión normal de los rectos laterales. Midriasis derecha, pupila izquierda intermedia. Nótese además la ptosis bilateral.

Foto C: T1 de la RMN, corte horizontal. Hemorragia mesencefálica periacueductal (señal hipointensa medial), con dilatación ventricular secundaria.

Foto D: T2 de la RMN, corte coronal.

Rubén A. Femminni, María M. Carignano, Ivana D. Zamarbide.

Servicio de Neurología, Hospital Privado de Comunidad.

Córdoba 4545, 7600 Mar del Plata

Registro del potencial eléctrico de una vía accesoria AV y su ablación por radiofrecuencia.

En los últimos cinco años la ablación transcatéter por radiofrecuencia (RF) modificó el manejo de los pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). La elevadísima tasa de curaciones (95-98%) y la baja tasa de complicaciones graves han convertido a la ablación por RF en el tratamiento de elección en el síndrome de WPW sintomático.

Los trazados que se describen corresponden a un paciente de 28 años con síndrome de WPW, que presentó un episodio sincopal por fibrilación auricular con frecuencia ventricular elevada.

La figura 1 muestra el registro simultáneo de 4 derivaciones ECG de superficie (DI, DII, DIII y V1: CHEST) y los electrogramas endocavitarios locales obtenidos con un catéter-electrodo cuadripolar para mapeo y ablación en la región posteroseptal del anillo auriculoventricular izquierdo (lado ventricular). Se observa la imagen ECG característica del síndrome de WPW (intervalo PR corto y onda delta). El catéter de mapeo y ablación registra un electrograma auricular pequeño seguido de un electrograma ventricular de gran amplitud. Entre ambos, se aprecia una deflexión rápida y de pequeña amplitud (flechas) que precede al comienzo de la onda delta del ECG de superficie en 12 ms (electrograma de la vía accesoria). Además, el comienzo de la activación ventricular en el electrograma endocavitario ocurre claramente antes que en las derivaciones de superficie.

La aplicación de una corriente de RF para alcanzar una temperatura de 70°C en la punta del catéter de ablación durante 60 segundos produjo la desaparición de la preexcitación ventricular.

La figura 2 muestra las mismas derivaciones electrocardiográficas y los electrogramas endocavitarios inmediatamente después de finalizar la aplicación de RF. La activación ventricular es normal y las ondas T negativas en las derivaciones DII y DIII corresponden a «memoria» de la repolarización ventricular.

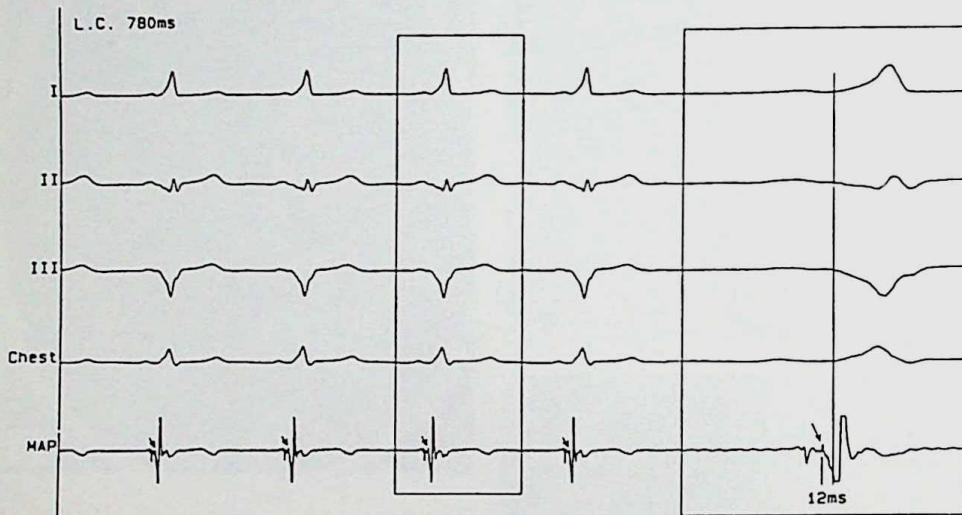


Figura 1

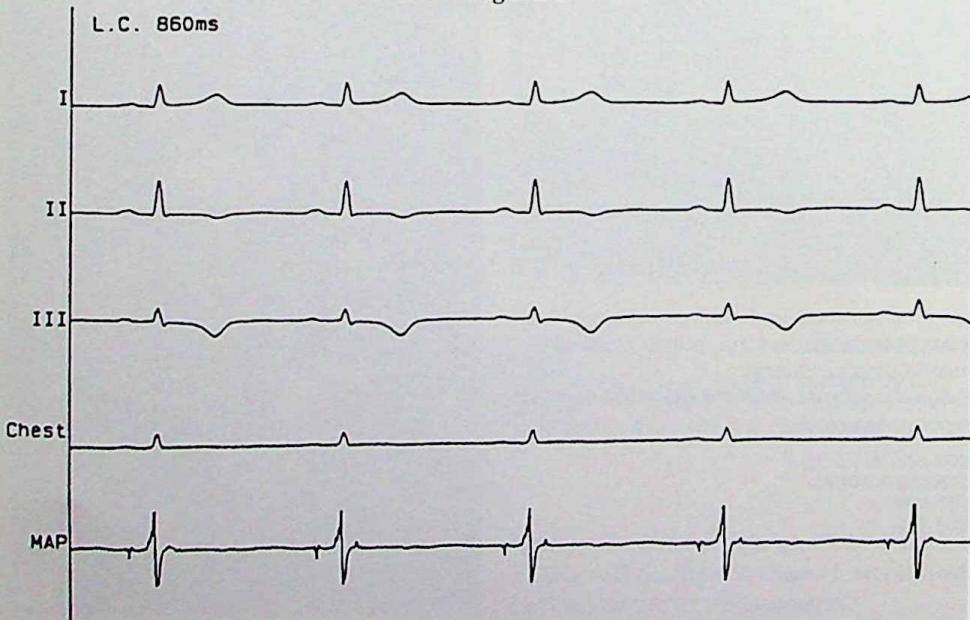


Figura 2