
ARTÍCULO ORIGINAL
Original article

Recibido: 22 de octubre.
Aceptado: 23 de noviembre

**IMAGEN MÉDICA/
MEDICAL IMAGING**

IMAGEN MÉDICA: DENERVACIÓN PARASIMPÁTICA SUPRAVENTRICULAR

DIEGO SERRANO P.*
KARLA CHACÓN A.**
DAVID PESÁNTEZ C**

*Médico Cardiólogo, Electrofisiólogo - Estimulista
Cardíaco del HVCN – HospitRío – Hospital Monte
Sinaí. Cuenca- Ecuador

**Estudiante de Medicina de décimo ciclo de la
Universidad De Cuenca.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no haber
conflicto de intereses.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 57 años de edad con historia de mareo, palpitaciones y síncope a repetición relacionados con el ejercicio físico de 6 meses de evolución.

Se diagnosticó de bradicardia sinusal y extrasístoles supraventriculares, iniciándose tratamiento con Carvedilol 3,125 mg al día; el fármaco no fue tolerado exacerbando el cuadro clínico, por lo que se decide reiniciar estudios de la bradicardia.

Posterior a los resultados (test de atropina positivo) se demuestra Hiperinervación Parasimpática responsable de toda la sintomatología del paciente cuyo tratamiento actual es el marcapasos, por lo que se decide realizar por primera vez en el país el procedimiento denominado "Denervación Parasimpática Supraventricular", en base a recientes investigaciones que demuestran que la hiperinervación genera reentrada, subsecuentemente arritmias: extrasístoles supraventriculares que acentúan la bradicardia generando el SÍNCOPE.

En la página siguiente, el **Gráfico A** muestra Holter EKG de 24 horas previo al procedimiento. Resalta la frecuencia cardíaca mínima de 32lpm y extrasístoles supraventriculares 22725.

En el **Gráfico B** se aprecia: Holter EKG de 24 horas posterior al procedimiento. Resalta la frecuencia cardíaca mínima de 48 lpm y extrasístoles supraventriculares 14630, demostrándose éxito en el procedimiento con normalización del ritmo y frecuencia cardíaca.

El **Gráfico C** explica mediante un esquema que indica cómo la unión excesiva de fibras parasimpáticas crea un miocardio del tipo "fibrilar" cuya despolarización por reentrada origina ectopia supraventricular.

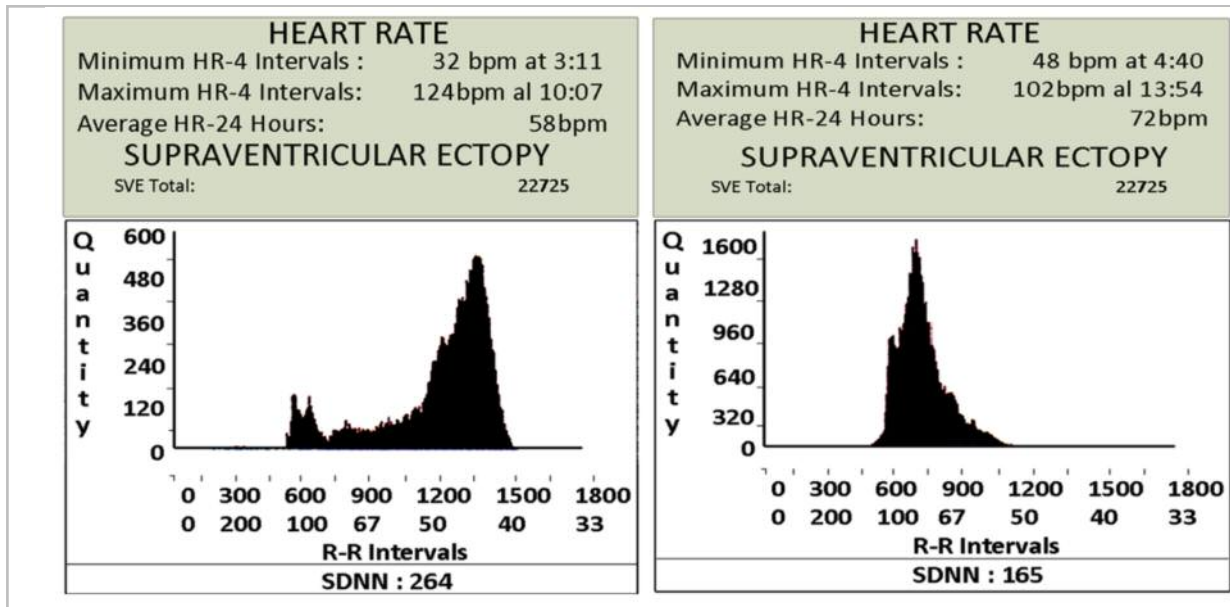


GRÁFICO A

GRÁFICO B

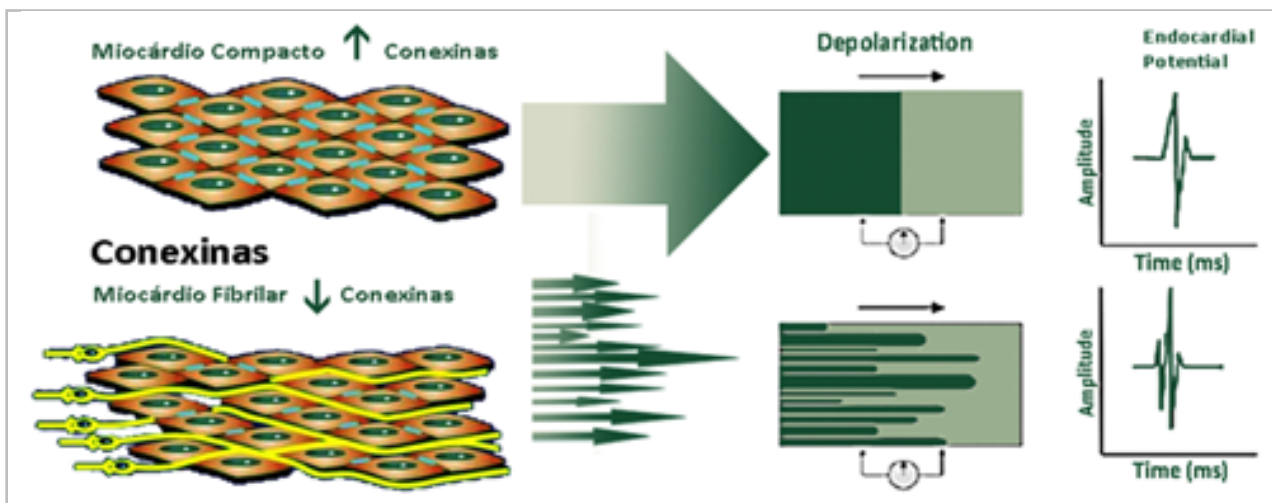


GRÁFICO C

El **Gráfico D**: Procedimiento electrofisiológico invasivo. Se realiza ablación por radiofrecuencia del ganglio parasimpático paracardíaco A, localizado entre la vena cava superior y arteria aorta; sitio anatómico que por investigaciones ha sido determinado como uno de los lugares de mayor densidad de fibras nerviosas parasimpáticas.

Actualmente paciente se encuentra asintomático, sin necesidad de implantación de marcapasos ni medicación y realiza actividad física con excelente tolerancia.

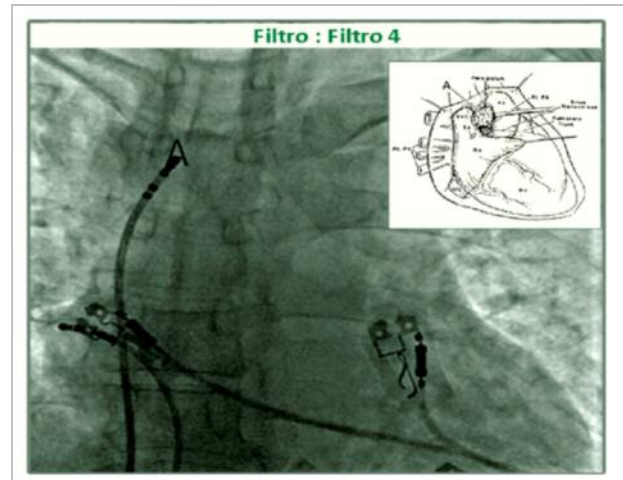


GRÁFICO D