

Arritmias cardíacas en la espondilitis anquilosante

El proceso inflamatorio de la espondilitis anquilosante afecta frecuentemente al corazón. Se han objetivado fibrosis y engrosamiento valvular mediante estudios ecocardiográficos hasta en el 50% de los pacientes. Sin embargo, en la mayoría de los enfermos con espondiloartritis, estos procesos inflamatorios y fibróticos son poco o nada sintomáticos. Tampoco se conoce la prevalencia de

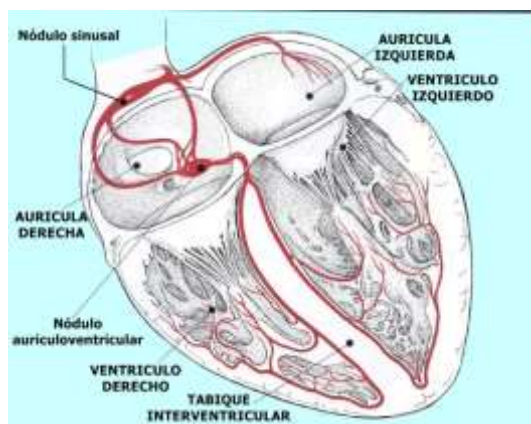


Figura 1. Representación esquemática del sistema de conducción del impulso eléctrico cardíaco.

bloqueos y de arritmias cardíacas derivadas de las lesiones inflamatorias y fibrosantes en el sistema de conducción del impulso eléctrico cardíaco que, en condiciones normales, parte del nódulo sinusal, situado en la aurícula derecha (figura 1) para distribuirse por el resto del miocardio induciendo la contracción secuencial del mismo. Los bloqueos en la normal transmisión del impulso a través del sistema de conducción pueden ocurrir a varios niveles a lo largo de su trayecto y, al comienzo, suelen ser intermitentes. Los bloqueos completos son raros y están asociados a la presencia del HLA-B27, antígeno que predispone a este tipo de

complicaciones por sí mismo. Así, los portadores del HLA-B27, independientemente de que padezcan o no una espondilitis anquilosante, sufren con mayor frecuencia bloqueos cardíacos completos (unas seis veces más que la población control) que requieren la implantación de un marcapasos.

Un grupo de reumatólogos, cardiólogos e inmunólogos del Chang Gung Memorial Hospital de Taiwan realizaron un estudio retrospectivo de las historias clínicas de 1503 pacientes con espondilitis anquilosante de los 641 habían sido estudiados con electrocardiogramas (ECG) secuenciales por palpitaciones, dolor torácico, hipertensión arterial, fallo cardíaco y otros síntomas. Entre estos enfermos encontraron 71 (11%) con bloqueos cardíacos y/o algún tipo de arritmias. Se detectaron diversos patrones de bloqueo en 22 pacientes (3,4%). Entre las arritmias destacó un subtipo particular, las denominadas taquicardias paroxísticas supraventriculares, caracterizadas por crisis de aceleración del ritmo cardíaco cuya señal eléctrica desencadenante se produce en el nódulo auriculoventricular o en la aurícula (véase figura 1). En estas taquicardias supraventriculares, de minutos a 48 horas de duración, la frecuencia cardíaca oscila entre 120 y 240 latidos por minuto frente a lo normal (media de 70 latidos por minuto). La prevalencia de estas arritmias fue muy superior al de la población normal (21,8 por cada 1000 pacientes con espondilitis anquilosante frente a 2,5 por cada 1000 personas de la población general). Una variante de taquiarritmia denominada síndrome de Wolff-Parkinson-White también fue de seis a siete veces más frecuente en los espondilíticos que en los controles. Al revisar las historias, los autores

encontraron que las taquicardias supraventriculares y el síndrome de Wolff-Parkinson-White fueron más prevalentes entre los enfermos con artritis periférica, fusión de las vértebras “en caña de bambú”, los que sufrían lesiones de las válvulas cardíacas y entre quienes presentaban brotes de uveítis.

Por lo tanto, la espondilitis anquilosante predispone a la aparición de arritmias cardíacas y algunas pueden ser potencialmente graves, lo que hace necesario mantener un elevado índice de sospecha y realizar los estudios cardiológicos oportunos a quienes tengan síntomas como “mareos”, palpitaciones o síncope así como a todo paciente con pulso irregular o auscultación arrítmica.

Huei-Huang Ho et al. Paroxysmal Supraventricular Tachycardia and Wolff–Parkinson–White Syndrome in Ankylosing Spondylitis: A Large Cohort Observation Study and Literature Review. Semin Arthritis Rheum. 2012; 42: 246-253.

Vigo a 15 de enero de 2013.

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
363603827 Reumatólogo